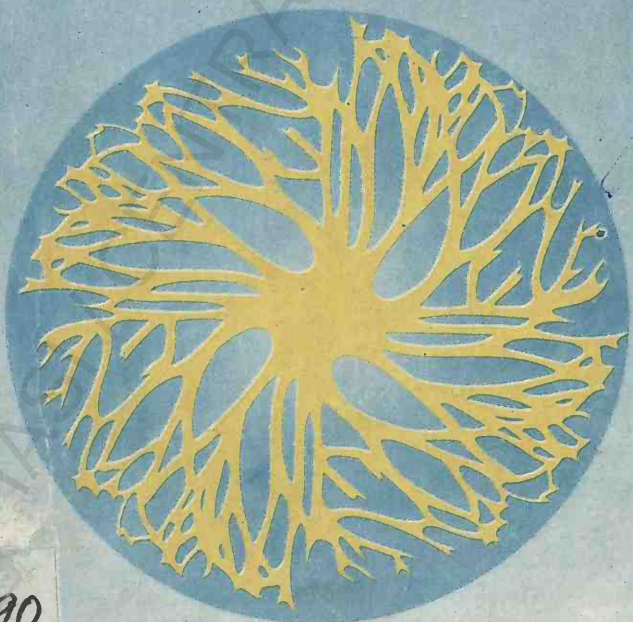
MINISTERUL EDUCAȚIEI NAȚIONALE

EMIL VERZA

PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ

Manual pentru clasa a XIII-a, școli normale



III 256.790

EDITURA DIDACTICĂ ȘI PEDAGOGICĂ - BUCUREȘTI

BIBL. CENTR. UNIV.
„M. EMINESCU" IAŞI
III 256.790

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

376.158
758

MINISTERUL EDUCAŢIEI NAŢIONALE

EMIL VERZA

PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ

Manual pentru clasa a XIII-a,
şcoli normale

267408
B.C.U. - IASI

EDITURA DIDACTICĂ ŞI PEDAGOGICĂ - BUCUREŞTI, 1999

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITARĂ LIBRARY

Actuala ediţie o reproduce pe cea din anul 1998

9.09.1999
B.C.U. „M. EMINESCU"
- IAŞI -
ale 825.510

ISBN 973 - 30 - 3885 - 7

Copyright © 1999. Toate drepturile asupra acestei ediţii sunt rezervate Editurii Didactice şi Pedagogice, R.A.

Redactor: **Emil CANDEL**
Tehnoredactor: **Elena STAN**
Grafica: **Dumitru ŞMALENIC**

Capitolul I

OBIECTUL ŞI METODELE PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE. LOCUL PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE ÎN CADRUL ŞTIINŢELOR PSIHOPEDAGOGICE

Ştiinţele psihologice şi pedagogice au cunoscut un avânt semnificativ în a doua jumătate a secolului trecut şi în prima parte a acestui secol. S-au constituit noi domenii şi s-a pus un accent tot mai mare pe caracterul aplicativ, pornind de la nevoia de cunoaştere a copilului şi de evaluare a capacităţilor psihice, în vederea adoptării unor strategii eficiente pentru optimizarea procesului instructiv-educativ. S-a acreditat ideea că diferenţele psiho-fizice dintre copii şi modalităţile specifice de activitate impun o organizare ierarhică şi diferenţială a educaţiei şi intervenţiilor care să valorifice, maximal, dezvoltarea potenţialului uman. Probleme cu semnificaţii deosebite creează copii handicapaţi, a căror instrucţie şi educaţie trebuie să se subordoneze scopului corectiv-recuperativ şi integrativ socio-profesional. Din aceste necesităţi s-au constituit domeniile psihopedagogiei speciale care cunosc azi o mare diversitate şi o dezvoltare profundă, ce se raportează la fiecare categorie de handicap.

1. OBIECTUL ŞI LOCUL PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE ÎN CADRUL ŞTIINŢELOR PSIHOPEDAGOGICE

Psihoterapia specială, sau defectologia, este o ştiinţă psihopedagogică ce se ocupă cu persoanele handicapate, de studiul particularităţilor psihice, de instrucţia şi educaţia lor, de evoluţia şi dezvoltarea lor psihică, de modalităţile corectiv-recuperative pentru valorificarea potenţialului uman existent şi formarea personalităţii acestora în vederea integrării socio-profesionale cât mai adecvate. Aşadar, conturarea domeniului depăşeşte cadrul teoretic şi are profunde implicaţii practic-aplicative în care educaţia, instrucţia, recuperareaa şi integrarea se constituie ca activităţi de intervenţie specială care să conducă la dezvoltarea de comportamente şi disponibilităţi necesare inserţiei sociale. Prin investigaţii şi studii aprofundate s-au elaborat metodologii corectiv-recuperative specifice fiecărei categorii de handicap şi raportate la gravitatea acestuia, la forma de manifestare, la vârsta subiectului, la posibilităţile de compensare şi valorizare

a structurilor persoanei. De aici rezultă că preluarea, chiar şi simplificată, a unor metode şi tehnici utilizate în procesul instructiv-educativ al copiilor normali nu numai că este dificilă, dar şi-a dovedit, în repetate rânduri, ineficienţa la handicapaţi. Activitatea cu copiii handicapaţi a demonstrat necesitatea unor demersuri specializate în care practica şcolară a impus programe şi manuale adaptate la obiectivele învăţământului special. Reuşitele sunt cu atât mai semnificative, cu cât în activităţile respective sunt antrenate toate instituţiile preşcolare şi şcolare speciale care dispun de scopuri clare de moment şi de perspectivă, la care să-şi aducă contribuţia întregul personal. Este o menire încărcată de evidente rezonanţe umaniste, ce se manifestă pri exprimarea grijii faţă de o categorie de oameni nedreptăţiţi de soartă. Specialiştii în psihopedagogie specială au creat o atmosferă de larg interes pentru toate categoriile de handicapaţi şi au investigat o serie mare de probleme ce au condus la diversificarea domeniilor ştiinţei. Astfel, în ultimii ani au fost realizate progrese însemnate nu numai în domeniul ştiinţelor psihopedagogice, dar şi într-o serie de domenii adiacente, cum ar fi: biologia, fiziologia, medicina, lingvistica, ceea ce a făcut posibilă o colaborare, de pe poziţii diferite, în terapia şi educaţia handicapaţilor. Aşa s-a dezvoltat oligofrenopsihologia şi oligofrenopedagogia ce studiază aspectele psihologice ale handicapaţilor de intelect, precum şi de psihodiagnoză, de instruire, educare, recuperare şi de integrare a acestora în viaţa socială; surdopsihologia şi surdopedagogia abordează problematica psihologică şi pedagogică a activităţii psihice a persoanelor cu handicap de auz; tiflopsihologia şi tiflopedagogia îşi delimitează preocupările psihologice şi pedagogice la deficienţii de vedere; logopedia are în atenţie studiul limbajului, prevenirea şi terapia corectivă a tulburărilor de limbaj, iar psihoterapia specială a handicapaţilor fizic (locomotor) şi de comportament se ocupă cu întreaga problematică a deficienţilor locomotor, restabilirea funcţiilor restante, compensarea funcţiilor alterate şi formarea deprinderilor comportamentale adaptiv-integrative şi înlăturarea unor devianţe comportamentale.

În vederea înţelegerii scopurilor fiecărui domeniu, în continuare, le vom trata distinct, acordând o atenţie deosebită metodologiei corectiv recuperative şi direcţiilor specifice activităţii instructiv-educative din grădiniţă şi şcoală. De asemenea, vom analiza particularităţile psihoindividuale şi evoluţia acestora în funcţie de tipul de handicap, de condiţiile de mediu, de etiologia ce determină astfel de stări critice şi de posibilităţile recuperativ-integrative care contribuie la fixarea activităţilor adaptative ale subiecţilor handicapaţi.

2. DELIMITĂRI CONCEPTUALE

În psihopedagogia specială (defectologie) sunt utilizaţi o serie de termeni cărora li se acordă, în principiu, acelaşi sens şi semnificaţie. Diferenţele de la un autor la altul privesc nu atât conţinutul termenilor cât, mai cu seamă, nivelul de extindere asupra întregului domeniu sau de referinţă la toate categoriile de indivizi care prezintă abateri de la standardul de normalitate. Conceptului de normalitate i se acordă, pe de o parte, o semnificaţie generală ce ia în consideraţie

întreaga dezvoltare psihofizică a persoanei, iar pe de altă parte, una particulară, care circumscrie o trăsătură sau un grup de însuşiri (fizice, senzoriale, caracteriale, intelective etc.). Sunt considerate ca fiind normale acele persoane care au o dezvoltare medie şi manifestă capacităţi de adaptare echilibrată la condiţiile mediului înconjurător. Pentru a putea fi apreciate, persoanele respective sunt raportate la grupuri de aceeaşi vârstă şi cu acelaşi standard cultural. Abaterile de la acestea, peste o anumită toleranţă, negative sau pozitive, sunt considerate anormale. Astfel, caracteristicile diferitelor categorii de handicapaţi, ca şi cele ce duc la disponibilităţi superioare, se subsumează conceptului de anormalitate. Dar în accepţiunea cotidiană, acesta are o încărcătură predominant negativă. Ca atare, anormalitatea are un conţinut larg şi se referă la toţi indivizii cu insuficienţe sau retard în dezvoltare, ca şi la cei cu abateri comportamentale, cum sunt delincvenţii şi caracterialii, la bolnavi psihici, la cei care se află în stare critică, din punct de vedere senzorial, locomotor, de limbaj şi de intelect. Din acest punct de vedere, conceptul de anormalitate este frecvent înlocuit de cel de subnormalitate. Numai că şi acesta nemulţumeşte prin caracterul său prea general şi, ca şi primul, prin semnificaţia traumatizantă ce i se poate acorda. Totuşi, el este folosit pentru indivizi care au o dezvoltare şi evoluţie normaală sau pentru cei care necesită condiţii speciale cu caracter educativ- recuperativ în vederea inserţiei sociale.

În opoziţie cu subnormalitatea apare conceptul de supranormalitate, în care sunt încadrate toate persoanele ce manifestă capacităţi deosebite şi realizează acţiuni ce presupun o supradotaţie. Se consideră ca fiind riscant, atât în plan psihologic cât şi social, să etichetezi copiii cu termenul de supranormali, deoarece este dificil de evaluat astfel de capacităţi, iar cei ce intră sub această incidenţă pot deveni infatuaţi, egoişti, capricioşi, izolaţi ş.a.m.d. Trebuie, desigur, subliniat că există o categorie de copii ce manifestă posibilităţi şi disponibilităţi psihofizice care necesită condiţii deosebite pentru valorificarea lor maximală.

În mod obişnuit, subnormalitatea este sinonimă cu deficienţa şi se apreciază că defineşte cu mai mare exactitate pierderea sau deficitul unor funcţii ori chiar a unui organ ce defavorizează desfăşurarea activităţii. Dar şi acest termen are o rezonanţă traumatizantă, fapt pentru care conceptul de handicap pare mai adecvat, deşi menţine afirmarea deficitului. Noi vom folosi, cu precădere, acest din urmă termen, căruia îi conferim o accepţiune similară celei de deficienţă la care vom face apel mai des, din motive stilistice. Facem, totuşi, sublinierea că, strict ştiinţific, deficienţa se referă la afecţiunea fizică sau organică ce determină o stare critică în plan psihologic, iar handicapul, fără a exclude asemenea destructurări, accentuează consecinţele, dificultăţile de adaptare la mediu şi ia în consideraţie şi stările critice ce apar prin educaţie deficitară, condiţiile de mediu ce defavorizează evoluţia normală, perturbările funcţionale sau destructurarea lor, inadaptările, obişnuinţele şi comportamentele neadaptive, întârzierile, retardurile şi privaţiunea temporară de o funcţie etc.

Cu o frecvenţă mult mai mică este folosit termenul excepţie sau excepţional ce se aplică, în egală măsură, şi persoanelor care manifestă capacităţi deosebite pentru un domeniu ori altul de activitate. Imprecizia este evidentă şi cuprinde o gamă prea variată de manifestări ce nu sunt sugerate de conţinutul termenului. O

situaţie similară se referă şi la termenii de retardaţi, înapoiaţi, întârziaţi, dificili sau cu dificultăţi, neadaptaţi sau inadaptaţi, tulburare etc., care se găsesc sporadic în unele lucrări şi au un înţeles sinonim cu conceptul de hadicap. În acelaşi timp, semnalăm folosirea şi a altor termeni pentru fiecare categorie de handicapaţi. Aceştia au o accepţiune mai restrânsă şi de cele mai multe ori se referă la un nivel dat al categoriei de handicapaţi. Asupra unora din ei vom mai reveni pe parcursul analizei ce o vom face în toate cazurile de prezentare a stărilor de handicapare.

3. METODELE PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE

Psihopedagogia specială - ca ştiinţă de graniţă între psihologie şi pedagogie - se foloseşte, în egală măsură, de metodele acestor ştiinţe, dar le imprimă un caracter specific domeniului respectiv, în funcţie de tipul de handicap studiat, de gravitatea acestuia, de evidenţa unor handicapuri asociate ş.a. Astfel, pentru handicapaţii de auz, pentru cei cu dificultăţi de vorbire, metodele bazate pe probe nonverbale şi pe studiul unor comportamente practic-acţionale pot duce la surprinderea pertinentă a caracteristicilor activităţii verbale; pentru handicapaţii de vedere se vor evita metodele care se bazează exclusiv pe stimuli vizuali, iar la handicapaţii motor şi de comportament se utilizează metode şi tehnici combinate. Ca urmare, cel mai frecvent sunt folosite următoarele metode:

a) *Observaţia*, care are ca scop culegerea unor date cu privire la comportamentul handicapaţilor, caracteristicile şi evoluţia lor psihică, formarea deprinderilor de activitate şi a aptitudinilor intelectuale, acumularea de cunoştinţe şi de experienţe recuperative pentru inserţia socio-profesională. Observaţia are avantajul de a permite studiul subiectului în condiţiile normale (obişnuite) de activitate şi evită situaţiile artificiale. Dar, pentru a fi cât mai eficientă, cercetătorul trebuie să-şi fixeze dinainte cadrul în care se desfăşoară observaţia, scopul urmărit şi să-şi noteze, sub formă de protocoale, datele rezultate pe care să le prelucreze ulterior. Pe cât este posibil, să se apeleze la mijloacele tehnice de înregistrare (casetofoane, camere de luat vederi etc.). Oricum, subiectul nu trebuie să ştie că este observat în mod special, pentru a-l feri de impactul cu unele modalităţi neobişnuite de activitate şi de elaborare a răspunsurilor la variabile neprevăzute.

b) *Experimetnul* are două variante: natural şi de laborator. Experimentul natural se desfăşoară prin introducerea unor stimuli suplimentari în activitatea derulată de subiect, la care se solicită răspuns, sau prin organizarea unor activităţi (ludice, de învăţare, de formare a deprinderilor practice) în care apar variabile diferite ce îl pun pe subiect în situaţii deosebite. Spre exemplu, experimentul psihopedagogic răspunde acestor cerinţe şi îşi dovedeşte utilitatea mai cu seamă în procesul instructiv-educativ, când se pot preda unele cunoştinţe şi prin metode mai puţin obişnuite pentru a le verifica eficienţa sau prin introducerea unor concepte abstracte, la o anumită disciplinăă, pentru a vedea în ce măsură copiii le înţeleg şi au posibilitatea să le integreze în sisteme operative ale muncii intelectuale.

B.C.U. M. EMINESCU IAŞI

În schimb, experimentul de laborator imprimă o notă de precizie mai mare pentru că, aşa cum îi spune numele, se realizează în laboratoare dotate cu aparatură specială de creare a unui cadru stimulativ şi de înregistrare a reacţiilor subiectului.

c) *Testele* au o mare răspândire, şi ele se împart în verbale şi neverbale. Pentru unele categorii de handicapaţi, cum sunt surdomuţii, cei cu handicap sever de intelect, testele neverbale, bazate pe simboluri imagistice sau pe asamblări de obiecte, sunt singurele edificatoare. Testele verbale operează cu cuvinte şi cifre, ceea ce presupune o oarecare capacitate de a utiliza simboluri verbale. Sunt de preferat probele etalonate sau standardizate. Unele din acestea se pot aplica colectiv iar altele, individual şi sunt adaptate la nivelul vârstei. În general, testele vizează o însuşire, o funcţie sau un proces psihic şi nu ansamblul psihismului uman. Trebuie să subliniem faptul că nu toate testele ce se aplică la persoanele normale pot fi utilizate şi la handicapaţi, deoarece unele depăşesc atât nivelul de înţelegere, cât şi capacitatea de a elabora răspunsuri apropiate de cerinţele probei. Acesta este şi motivul pentru care mulţi specialişti au elaborat sau adaptat teste specifice condiţiei handicapatului.

d) *Conversaţia*, deşi se desfăşoară cu dificultate la unele categorii de handicapaţi, prezintă avantajul că aceştia nu pot simula sau masca unele comportamente, sunt mai sinceri şi manifestă un oarecare infatilism în elaborarea răspunsurilor. Important este să se folosească un limbaj adecvat nivelului de înţelegere şi o formă ce poate fi receptată de subiecţi (limbajul gestual şi al dactilemelor pentru surdomuţi, limbajul verbal, însoţit de un material ilustrativ adecvat care să stimuleze înţelegerea şi verbalizarea, pentru handicapaţii de intelect ş.a.m.d.).

e) *Analiza produselor activităţii* se raportează la nivelul de pregătire al subiecţilor, la stadiul formării deprinderilor şi obişnuinţelor în diferitele forme de activitate, la metodologia corectiv-recuperativă adaptată în educaţia specială. Aceste produse alç activităţii pot constitui nu numai mijloacele de cunoaştere, dar şi de psihodiagnoză (este şi cazul desenului, al produsului grafic în general).

f) *Anamneza* este deosebit de importantă pentru stabilirea momentului producerii handicapului şi a cauzelor acestuia, pentru studiul evoluţiei subiectului şi al episoadelor mai importante din viaţa sa. În realizarea acestei forme vor avea loc discuţii cu părinţii, cu rudele, cu cei din anturajul handicapatului şi evident, acolo unde este cazul, se iau în consideraţie propriile sale relatări.

Se ştie că sunt şi alte metode folosite în psihopedagogia specială, dar le-am reţinut pe cele mai eficiente şi cu o întrebuinţare mai frecventă. De remarcat că în multe studii se apelează la metode diferite sau la o combinare a acestora pentru a putea cuprinde complexitatea unor fenomene psihice. Pe baza acestora se poate efectua analiza de caz, ce se realizează prin studiul subiectului cu ajutorul mai multor probe şi prin observarea comportamentului în diverse ipostaze. În cadrul analizei de caz se iau în consideraţie toate datele personale ale subiectului, începând de la cele familiale şi de etiologie, ajungând la evidenţierea principalelor caracteristici psihice şi terminând cu creionarea profilului psihologic în care să

se stabilească diagnosticul şi prognosticul evoluţiei probabile pe scurtă şi lungă durată. (fig. 1).

Pentru a facilita un astfel de demers, se va folosi fişa psihopedagogică pe care o vom analiza în capitolul următor), adaptată la condiţia handicapaţilor şi care are o rubricaţie ce permite surprinderea, în ansamblu, a vieţii psihice şi comportamentale.

TEME DE CONTROL

1. Definiţi obiectul psihopedagogiei speciale şi analizaţi importanţa teoretică şi practică a preocupărilor ştiinţifice în domeniul respectiv.
2. Delimitaţi principalele concepte cu care se operează în psihpedagogia specială.
3. Descrieţi metodele şi analizaţi specificul acestora în psihopedagogia specială.

BCU IASI CENTRALA UNIVERSITARA

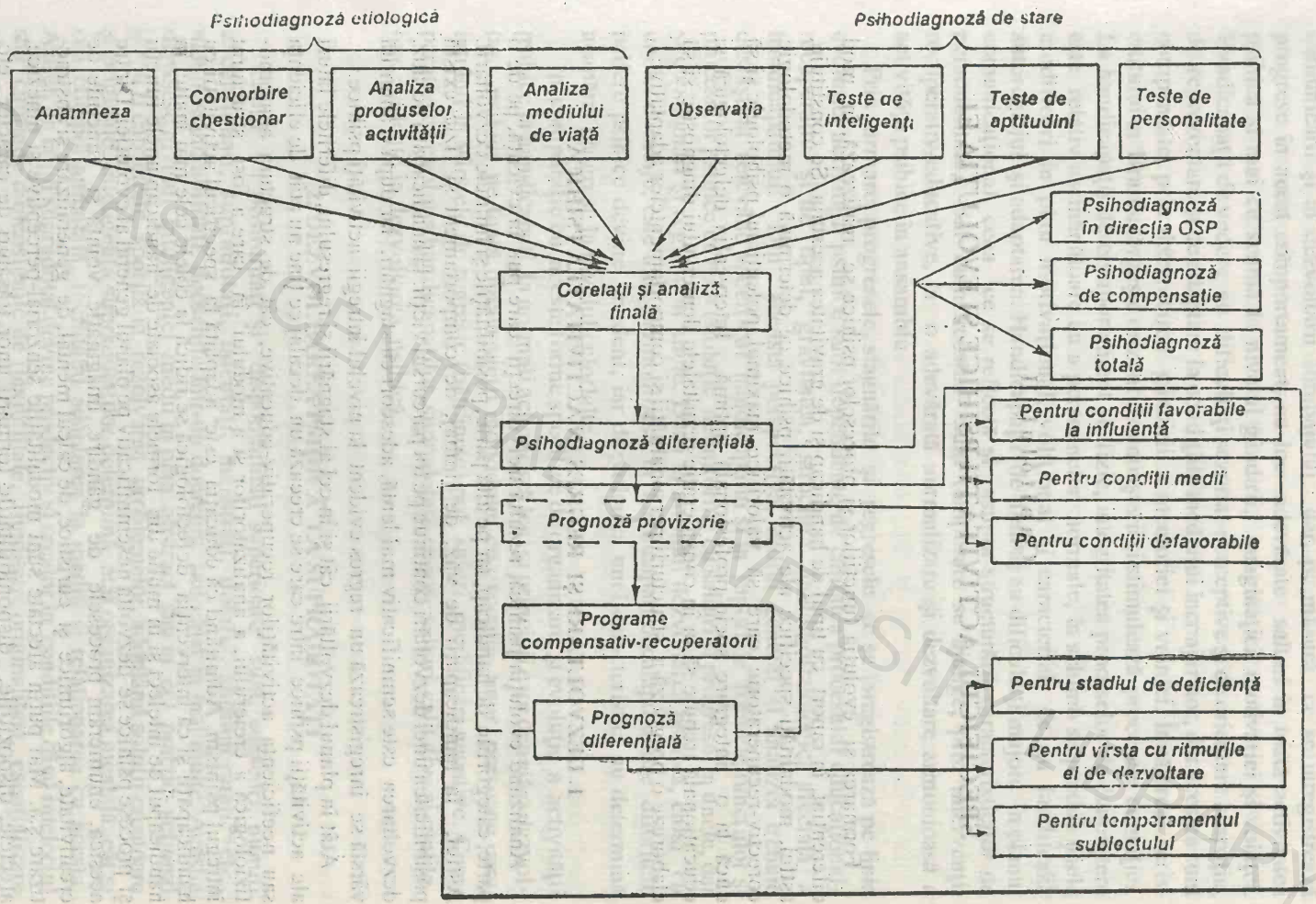


Fig. 1. Schema psihodiagnozei și prognozei

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

Capitolul II

SPECIFICUL ACTIVITĂŢII PSIHICE ŞI EVOLUŢIA EI

Formarea şi evoluţia funcţiilor şi proceselor psihice se realizează, în mod diferenţiat, în raport cu tipul de handicap şi de gravitatea acestaia. Se constituie, astfel, modalităţi specifice ale activităţii psihice ce determină o metodologie corectiv-recuperatorie care să valorifice, maximal, potenţialul psihologic şi să ducă la o integrare socio-profesională optimă. Intervenţia defectologică şi educaţională trebuie să ia în consideraţie rezultatele demersului diagnostic şi să elaboreze o prognoză a structurii personalităţii şi comportamentelor adaptative.

1. DEZVOLTARE ŞI REGRES ÎN ACTIVITATEA PSIHICĂ

Analizând evoluţia psihică, rezultă trei direcţii care pun în evienţă, pe de o parte, categoriile de handicap, iar pe altă parte, posibilităţile şi limitele dezvoltării. Astfel, la handicapaţii de văz, de limbaj, de comportament şi fizic există posibilitatea unei dezvoltări continue pe tot parcursul vieţii: la handicapaţii de auz, dezvoltarea este semnificativ mai lentă, adeseori cu stagnări, iar după o anumită vârstă se înregistrează un regres evident la nivelul întregii activităţi psihice.

Atât în planul dezvoltării, cât şi în cel al stagnării şi regresului, diferitele laturi ale activităţii psihice între care se creează un decalaj ce ţine nu atât de eficienţa sau neeficienţa activităţilor recuperativ-educative, cât de structura anatomo-fiziologică a creierului, a analizatorilor şi a modului în care a fost structurat întregul psihism. Admiţând că educaţia este adaptată la specificul activităţii cu handicapaţii şi că intervenţia defectologică se ridică la cotele cele mai înalte, în handicapul de intelect şi în multe din formele asociate de handicap unele funcţii şi procese psihice se dezvoltă nesemnificativ pe planul general al evoluţiei. Dintre acestea, enumerăm procesele de gândire, imaginaţie, voinţă şi funcţiile de creativitate, algoritmice şi euristice, de calcul mental, de generalizare şi abstractizare ş.a. Mai puţin afectate sunt modalităţile senzorial-perceptive şi mnezice, afectele, dispoziţiile, disponibilităţile formării unor trăsături de caracter etc. Pentru handicapaţii de auz, dificultăţile cele mai pregnante ţin de planul

comunicării şi al dezvoltării limbajului, dar, pe măsură ce se înregistrează progrese în acest comportament, au loc adevărate salturi în toată activitatea psihică şi mai cu seamă la nivelul gândirii, imaginaţiei, motivaţiei şi voinţei. Handicapaţii de vedere au dificultăţi senzorial-perceptive şi de orientare în spaţiu, de reprezentare şi de adaptare la condiţiile mediului înconjurător, dar acestea sunt compensate, prin dezvoltarea gândirii, a memoriei şi voinţei. Învăţarea scriscititului în Braille lărgeşte orizontul cunoaşterii şi stimulează procesele cognitive. La handicapaţii de comportament şi fizic, integritatea proceselor de cunoaştere este relativ asemănătoare cu a persoanelor normale, în schimb se produc unele modificări în plan motivaţional, volitional şi caracterial ce nu facilitează autoreglajul şi adaptarea. Handicapaţii de limbaj au dificultăţi majore în planul comunicaţional, ceea ce se reflectă şi asupra structurării caracteristicilor de personalitate, dar cum acestea sunt temporare se ajunge, prin intervenţii recuperativ-educative, la o adevărată normalizare şi dezvoltare armonioasă a activităţii psihice în ansamblu.

Prin urmare, progresele, stagnările şi regresele ce se înregistrează pe linia evoluţiei activităţii psihice sunt dependente de calitatea procesului educaţional-recuperativ şi de tipul, gravitatea, structura anatomofiziologică afectată a handicapatului. Din această perspectivă, cadrul general al analizei trebuie desfăşurat relevând specificul handicapului şi în raport de formele funcţiilor şi proceselor psihice ce au o evoluţie neuniformă cu salturi şi progrese în unele, dar şi cu stagnări şi regrese în altele. Dacă la normali dezvoltarea psihică, chiar cu unele decalaje, este totuşi armonioasă, la handicapaţi decalajul dintre diferitele paliere psihice devine evident, iar dezvoltarea unei caracteristici nu determină neapărat progrese la nivelul celorlalte.

În comparaţie cu aceste forme specifice de organizare şi evoluţie a activităţii psihice la handicapaţi, la normali acţionează legi şi principii care denotă o dezvoltare psihică pe toată durata vieţii individului cu excepţia unor persoane care, intrând în vârstele de regresie (bătrâneţe) pot suferi modificări negative. Comparativ cu evoluţia handicapaţilor, supradotaţii cunosc salturi calitative şi cantitative evidente în dezvoltarea psihică.

2. DEZVOLTAREA PSIHICĂ LA SUPRADOTAŢI

Copiii cu posibilităţi şi disponibilităţi superioare sunt, adeseori, numiţi excepţionali, supradotaţi, talentaţi, înzestraţi, dotaţi, supranormali etc., manifestând abilităţi deosebite într-un domeniu sau chiar în mai multe. Aceştia depăşesc nivelul inteligenţei medii în plan abstract sau în cel practic- acţional şi au o capacitate sporită în rezolvarea problemelor, adoptând soluţii creatoare şi originale. Inteligenţa supradotaţilor determină atât organizarea mentală, cât şi cea comportamentală, facilitând adaptarea la mediu şi relaţionarea cu acesta. Astfel, un copil supradotat devine productiv şi creator în condiţiile când intelectul său cuprinde dimensiunile de flexibilitate, fluiditate, originalitate, esenţializare şi autoorganizare-reglare în raport cu realitatea. Asemenea dimensiuni se

manifestă în toate formele de inteligenţă: abstractă, tehnică, motrică şi socială. Dar sporirea capacităţilor şi aptitudinilor într-un domeniu sau altul de activitate este în funcţie şi de condiţiile de viaţă ale individului şi de asimilarea experienţelor prin activităţi de învăţare organizată sau spontană. Desigur, inteligenţa este un factor necesar pentru formarea disponibilităţilor superioare, dar, pe lângă aceasta, motivaţia şi voinţa formează cadrul general atitudinal faţă de activitate.

Asemenea copii, care posedă capacităţi şi disponibilităţi deosebite, trebuie depistaţi de timpuriu şi supuşi unui program care să stimuleze la maximum posibilităţile lor creative. În acest context este necesar să se adopte un sistem diferenţiat al educaţiei, pentru a le crea posibilitatea dezvoltării în raport de structurile superioare ale fiecăruia. Din literatura de specialitate se desprind două puncte de vedere mai deosebite.

Primul se referă la ideea selectării copiilor respectivi şi constituirea unor clase sau instituţii specializate, bazate pe o metodologie care să accelereze procesul instructiv-educativ, iar al doilea, la aplicarea unei metodologii pentru copiii normali, deoarece învăţământul este interesat, în egală măsură, să stimuleze întreaga populaţie şcolară şi să le formeze o motivaţie care să permită realizarea performanţelor superioare.

Din perspectiva primului punct de vedere se argumentează că aproximativ 1-3% din totalul copiilor depăşesc media dezvoltării psihice şi aceştia trebuie plasaţi într-un mediu cu o stimulare specială, care să evite blazarea. Pentru a realiza stimularea necesară, în lipsa unor instituţii specializate, se poate adopta un sistem de parcurgere a două clase într-un an, de cursuri suplimentare în afara programelor şcolare şi admiterea devansată în universitate.

Având în vedere aceste deziderate, în unele ţări funcţionează astfel de şcoli pentru copiii supradotaţi şi se fac eforturi pentru elaborarea de programe şcolare. Şcoli de acest gen au fost create în Germania (1917), în S.U.A. (1918), iar ulterior, în Canada, Cehia, Slovacia şi fosta U.R.S.S. În prezent, funcţionează clase sau şcoli în ţări ca S.U.A., Anglia, Germania, Canada, Cehia, Slovacia, Polonia, Bulgaria, Ungaria, iar în ţara noastră au funcţionat, sporadic, asemenea clase încă din 1928. În ţările unde există şcoli de acest fel, ele sunt orientate fie spre dezvoltarea unor aptitudini şi capacităţi specifice (matematică, fizică, chimie, biologie, literatură, limbi străine etc.), fie spre formarea unei culturi generale deosebite.

Admiterea în şcolile respective se poate face de timpuriu, în raport de perioada de manifestare a capacităţilor. Atât clasele, cât şi şcolile specializate trebuie să dispună de o bază materială avansată şi să fie încadrate cu cadre didactice ce posedă o înaltă calificare, dublată de folosirea unei metodologii didactice superioare.

Adepţii celui de-al doilea punct de vedere argumentează că şcolile sau clasele separate pentru supradotaţi le creează un sentiment de superioritate, de infatuare, de izolare, iar pentru ceilalţi, care constituie majoritatea, generează sentimente de inferioritate, de subapreciere etc. Cert este că până în prezent nu dispunem de un sistem ştiinţific, fundamentat psihopedagogic, care să imprime procesului instructiv-educativ valenţele necesare pentru stimularea maximă a capacităţilor

copiilor excepţionali şi nici o metodologie care să permită diferenţierea exactă între ereditatea potenţialului şi achiziţiile dintr-un mediu relativ favorabil.

Indiferent de poziţia adoptată, tot mai mult se simte nevoia nu a uniformizării procesului instructiv-educativ, ci a diferenţierii sale în raport de particularităţile psihoindividuale ale copiilor. Numai astfel se evită hazardul şi se pot dezvolta personalităţi pe măsura capacităţilor şi disponibilităţilor fiecăruia.

Pentru copiii şi tinerii supradotaţi, excepţionali, înzestraţi, talentaţi sau oricum i-am numi, criteriul dinstincţiei, al deosebirii de ceilalţi este acela al realizării unor performanţe superioare în diferite domenii de activitate. De cele mai multe ori, aceste performanţe se produc la o vârstă timpurie şi în mod spontan, menţinându-se pe perioade îndelungate sau chiar toată viaţa. Deşi la aceşti copii există un potenţial psihic deosebit, randamentul şcolar nu este la toţi pe măsura posibilităţilor ce le au. Educatorii şi părinţii îi prezintă, pe unii, ca fiind leneşi, lipsiţi de interes pentru activitatea şcolară, indiferenţi din punct de vedere afectiv, lipsiţi de sensibilitate, obraznici, ce constituie factori de perturbare a grupului etc. Astfel, în şcoală, Darwin, Edison, Pasteur, Leibniz, Verdi, Napoleon erau consideraţi ca elevi mediocri sau chiar slabi, iar Linné era apreciat că nu putea fi decât cizmar, în timp ce Molière avea dificultăţi în formarea deprinderilor de scris. Probabil că vina o poartă adulţii care nu au ştiut să stimuleze potenţialul acestor copii sau i-au tratat într-un mod care i-a făcut să trăiască stări tensionale, conflictuale, frustrante ce nu au favorizat dezvoltarea motivaţiei pentru activitatea şcolară.

În literatura psihopedagogică, multă vreme s-a purtat o dispută aprinsă, şi deseori contradictorie, cu privire la rolul mediului şi al eredităţii în determinarea stării superioare a subiecţilor umani. S-au diferenţiat două poziţii susţinute de aşa-numiţii "nativişti" şi "ambientalişti" ce puneau accent, în mod exclusiv, pe unul din factorii respectivi şi ignorau o eventuală relaţie ce ar fi putut da o perspectivă mai complexă devenirii umane. În prezent se poate demonstra că înzestrarea superioară psihică şi mai cu seamă cea intelectivă este determinată de ereditare, prin organizarea structurală a materiei nervoase, dar realizarea sau frânarea potenţialului depinde de factorii de mediu. Aşa cum afirmă psihologul H.J.Eysenck "este raţional să credem că nu funcţia, ci doar structura se moşteneşte şi că e greu de susţinnut cum s-ar putea determia ereditar o conduită". Zestrea genetică favorabilă poate fi stimulată prin educaţia din familie şi şcoală în aşa fel încât să-l plaseze pe copilul de excepţie într-o ambianţă ce permite valorificarea maximală a potenţialului său. Aceşti copii se pot "pierde", în lipsa unui mediu stimulativ sau nu ajung să realizeze performanţe care să depăşească media generală a celorlalţi. Reuşita este cu atât mai mare cu cât copiii capabili de performanţe superioare sunt depistaţi mai de timpuriu, cu cât li se cunosc mai bine caracteristicile generale, înclinaţiile şi interesele lor pentru anumite domenii de activitate, mobilurile interne şi aptitudinile care îi fac receptivi la acţiuni dintre cele mai complexe pentru a putea crea un teren fertil de cultivare a acestora, în continuare.

Majoritatea specialiştilor apreciază copiii cu disponibilităţi superioare ca fiind precoci, cu o dezvoltare psihică din care se distinge o inteligenţă de excepţie ce îşi

pune amprenta asupra întregului comportament. Se încearcă, chiar, alcătuirea unor inventare ale particularităţilor psihice şi comportamentale ce caracterizează pe aceşti copii din care nu lipsesc: posibilităţile îndelungate de concentrare şi de retenţie, însuşirea deprinderilor de citit înaintea altora şi cu multă uşurinţă, manifestarea de conduite complexe în joc şi contribuţia deosebită adusă la organizarea activităţilor ludice, orientarea de timpuriu spre unele activităţi în care dobândesc rapid cunoştinţe vaste, afirmarea unor forme de creativitate ş.a. Sub raport comportamental în şcoală, aceşti copii nu se integrează întotdeauna bine în colectiv, răspund altfel decât colegii lor, sunt mai preocupaţi de ideile lor, ceea ce poate crea impresia de retragere de sine, devin mai puţin atenţi la unele lecţii care nu se ridică la nivelul lor, se abat de la unele norme şcolare, fac comentarii asupra regulilor impuse, dând impresia de obrăznicie etc. Dintre aptitudinile cele mai evidente pe care le manifestă copiii supradotaţi, în şcoală, sunt cele legate de înţelegerea şi efectuarea de raţionamente, motivaţia pentru lectură şi citirea cursivă. Mulţi învaţă să citească înainte de intrarea în şcoală sau reuşesc să deprindă abilităţi lexice fără efort prea mare şi într-un timp scurt de la începerea şcolarizării. Studiile efectuate pe copii supradotaţi sunt deseori raportate la subiecţi subdezvoltaţi mintal, când se iau în consideraţie şi o serie de factori ce ţin de personalitate (fig.2).

Factorii de personalitate imprimă caracteristici de ansamblu manifestărilor individuale. Dacă predomină caracteristicile pozitive, abilităţile şi aptitudinile se extind asupra mai multor domenii, iar interesele devin tot mai profunde şi variate. Dar nu în toate activităţile supradotaţii sunt la fel de eficienţi, putând să se formeze capacităţi specifice doar pentru unul sau două domenii limitate, iar în celelalte, rezultatele să fie obişnuite. Aptitudinea potenţială (sau Q.I. ridicat) este necesară pentru o performanţă deosebită, dar pentru valorizare trebuie adăugată motivaţia care influenţează învăţarea şi implicarea activă în activitate. Modelele cadrelor didactice şi ale părinţilor pot influenţa şi ele evoluţia copilului. Când profesorii şi învăţătorii înţeleg astfel de elevi şi le acordă mai multă libertate în manifestări, îi pun în faţa unor sarcini diferenţiate pe măsura capacităţii lor şi se creează un context de stimulare a aptitudinilor, se obţine o evoluţie spectaculoasă dublată de un confort psihic pozitiv. Pentru a adopta un comportament adecvat faţă de elevii cu disponibilităţi superioare şi pentru a şti cum să-i stimuleze, să-i trateze şi să contribuie, efectiv, la dezvoltarea lor, dascălul trebuie să posede, pe lângă o pregătire bună în specialitate, şi o formaţie apreciată de psihopedagog. Bazat pe această idee, E.P. Torrance apreciază că el (dascălul) trebuie să îndeplinească următoarele condiţii: 1. să acorde respect pentru orice întrebare pusă de copii; 2. acelaşi respect să fie acordat ideilor imaginative; 3. să încurajeze şi să sublinieze că ideile emise de copii sunt valoroase; 4. periodic, să dea copiilor exerciţii practice "fără să li se spună că vor fi notaţi"; 5. evaluarea să se facă în raport de cauzele şi efectele succesului şi insuccesului, iar la acestea am mai adăuga: 6. să se creeze o atmosferă afectivă tonifiantă; 7. să se stimuleze interesul copiilor şi pentru alte domenii în care nu s-au manifestat, în mod expres,

aptitudini, dar care au tangenţe cu domeniul iniţial; 8. să găsească forme de evidenţiere şi popularizare a performanţelor de excepţie.

Se apreciază că supradotaţii posedă un sistem nervos central ce le permite îndeplinirea unor sarcini complexe ce se bazează pe abstracţie intelectuală deosebită şi imaginaţie creatoare. Aceste însuşiri sunt completate de interes pentru activitate, perseverenţă şi motivaţie corespunzătoare. În această categorie pot fi incluse şi acele persoane extrem de supradotate ce sunt denumite cu termenul de geniu. Specialiştii sunt de părere că cel mult 1% manifestă însuşiri tipice cu o astfel de calitate. Performanţele realizate de genii sunt şi cele mai mari. Dacă societatea este interesată, în mod expres, de performanţe, educatorul şi mai ales psihologul sunt interesaţi de dezvăluirea potenţialului pentru a-l putea stimula şi

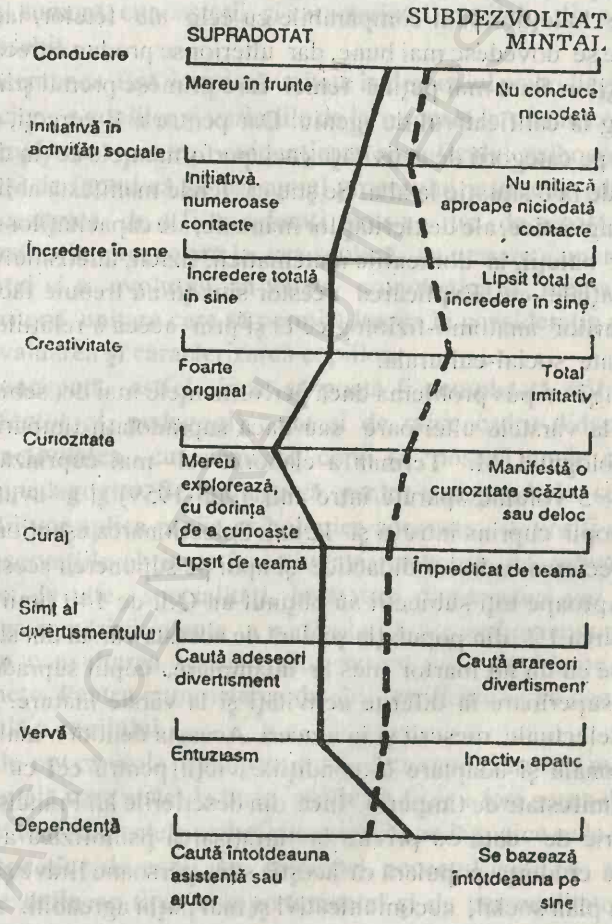


Fig. 2. Media trăsăturilor de personalitate ale unor grupe de copii supradotaţi şi subdezvoltaţi mintal (Lightfoot, 1951)

pune în valoare. Atât potenţialul supradotaţilor, cât şi performanţa se manifestă, printre altele, în aptitudinea şcolară şi talentul la învăţătură, în aptitudinea creatoare şi talentul descoperirii, în aptitudinea de coducător şi talentul de a-şi impune voinţa în faţa celor din jur, în aptitudinea ştiinţifică şi talentul de a prognoza unele fenomene, în aptitudinea artistică şi talentul de a se exprima prin simboluri, forme, modele etc., în aptitudinea tehnică şi talentul de sincronizare a mişcărilor, în aptitudinea verbală şi talentul comunicării persuasiv-cognitive ş.a.

În ceea ce priveşte raportarea supradotării la sex, studiile nu sunt suficient de edificatoare; cei mai mulţi autori fac aprecieri pe baza observaţiilor curente şi nu sunt iniţiate experimente deosebit de riguroase care să permită absolutizări sau generalizări certe. Sub semnul acestor repere putem remarca unele constatări. Astfel, băieţii au o tendinţă mai mare decât fetele de a se plasa la extreme, adică sunt mai mulţi băieţi foarte deştepţi şi foarte slabi. La vârsta şcolară, performanţele băieţilor sunt comparabile cu cele ale fetelor, iar la învăţătură adeseori fetele se dovedesc mai bune, dar ulterior se produc oarecare deplasări în favoarea băieţilor. Sunt mai puţine femei care primesc premii ştiinţifico-tehnice sau care ajung la calificativul de geniu. Dar pentru a fi corecţi, analiza trebuie desfăşurată şi pe categorii de activităţi căci performanţele ce ţin de sex diferă, în unele cazuri, de la o situaţie la alta. Se ştie că fetele manifestă abilităţi şi interese în planurile lingvistice, ale dexterităţilor manuale, ale capacităţilor de memorizare şi reţinere, iar băieţii, în domeniile matematicii, fizicii, atletismului, tehnicii, ale abilităţilor spaţiale etc. Explicarea acestor situaţii nu trebuie făcută numai prin prisma structurilor anatomo-fiziologice ci şi prin aceea a relaţiilor ocupaţionale şi de mentalitate social-culturală.

Unii autori şi-au pus problema dacă performanţele mai deosebite din copilărie se menţin şi la vârstele ulterioare sau dacă supradotaţii timpuriu se pierd pe parcurs. Psihologul L.M. Terman a elaborat cel mai cuprinzător studiu longitudinal (în 5 volume apărute între anii 1925-1959) şi a avut în atenţie un eşantion de copii cuprins între 6 şi 12 ani. Selecţionarea eşantionului s-a bazat, iniţial, pe aprecierea cadrelor didactice şi apoi pe supunerea acestora la teste de inteligenţă. Aproape toţi subiecţii au obţinut un Q.I. de 140 (unii chiar peste) şi reprezentau circa 1% din populaţia şcolară de această vârstă din statul California. În comparaţie cu un lot martor ales la întâmplare, copiii supradotaţi au obţinut performanţe superioare în diferite activităţi şi la vârste mature. Ei gravitau în profesiuni intelectuale, meserii şi în afaceri. Aceasta denotă o mai bună integrare socio-profesională şi adaptare la condiţiile vieţii pentru cei cu disponibilităţi superioare manifestate de timpuriu. Încă din descrierile lui Francis Galton (1891), rezultă o serie de date cu privire la înfăţişarea psihofizică a supradotaţilor, infirmându-se credinţa populară că aceştia sunt persoane firave şi bolnăvicioase, neajutorate în plan social, necomunicativi şi mai puţin agreabili. Autorul respectiv îi prezintă ca pe nişte "creaturi solide, viguroase şi capabile". De fapt, sub raport fizic, persoanele supradotate nu prezintă, pe ansamblu, caracteristici distinctive faţă de ceilalţi, ele plasându-se într-o medie a dezvoltării, dar sigur excepţii sunt şi de o parte şi de alta.

3. CUNOAŞTEREA ŞI CARACTERIZAREA COPILULUI CONCRETIZATE ÎN FIŞA PSIHOPEDAGOGICĂ

Dacă pentru copilul normal, modelul cunoaşterii şi caracterizării cu ajutorul fişei psihopedagogice este conturat în manualul de Psihologia copilului şi se fac referiri la acesta în numeroase lucrări şi pentru handicapaţi şi copiii instituţionalizaţi se simte o astfel de nevoie în vederea relevării specificului particularităţilor acestora. O fişă psihopedagogică adaptată la situaţiile respective a fost elaborată de noi cu ani în urmă (Revista de pedagogie, nr.3/1985), timp în care şi-a demonstrat în practică valabilitatea.

Fişa pe care o prezentăm este destinată cadrelor didactice din grădiniţele, şcolile speciale de toate gradele şi casele de copii; ea este menită să dea o formă unitară, chiar şi sumară, cunoaşterii şi caracterizării copilului din aceste instituţii cu caracter deosebit.

Practic, o asemenea fişă imprimă unitate în domeniul psihodiagnozei, evitând erorile de apreciere a copiilor şi variaţiile de la o şcoală la alta în completitudinea fenomenelor implicate pentru evidenţierea specificului psihocomporamental. Ţinând seama şi de faptul că pe parcursul procesului instructiv-educativ, la unii copii apare necesitatea de a fi transferaţi dintr-un tip de şcoală în altul sau a trecerii de la instituţia preşcolară la cea şcolară, ca urmare a unor modificări în forma deficienţei şi a evoluţiei în vârsta cronologică şi mentală, se impune adoptarea de criterii unitare care să permită luarea în consideraţie a principalilor parametri în evaluarea şi caracterizarea copiilor.

Fişa este concepută astfel încât să poată fi completată atât de specialişti (psihologi, defectologi, pedagogi), cât şi de orice cadru didactic care are experienţă în activitatea cu asemenea copii şi posedă unele cunoştinţe în domeniul psihopedagogiei. Se înţelege că, pentru a răspunde la secvenţele din fişă, specialiştii vor aplica probe psihologice adecvate, ce vor fi completate cu datele din observaţiile obţinute în activitatea instructiv-educativă, iar celelalte cadre didactice, de alte specialităţi, învăţători şi educatori vor răspunde la întrebări pe baza urmăririi atente a particularităţilor psihocomportamentale ale copiilor şi prin consultarea specialiştilor pentru acele probleme care implică aprecieri de fineţe. Pentru completarea datelor medicale se va consulta medicul sau fişa medicală a copilului.

Fişa cuprinde opt capitole principale, iar fiecare capitol are mai multe secvenţe. Ideea fundamentală care a stat la baza alcătuirii fişei a fost aceea de a surprinde cât mai complet toate aspectele psihofizice şi psihopedagogice ce le sunt specifice categoriilor respective de copii. În principal, accentul cade pe acele trăsături psihologice ce definesc tipul comportamental şi de personalitate al copilului. Imaginea ce se obţine despre subiect, în urma completării fişei, trebuie să permită evaluări asupra comportamentului său viitor şi aprecierea posibilităţilor de integrare socioprofesională.

FIŞĂ PSIHOPEDAGOGICĂ

de cunoaştere şi caracterizare a copilului
din grădiniţele, şcolile speciale (ajutătoare,
de surzi, hipoacuzici, de nevăzători şi ambliopi)
şi din clasele de copii preşcolari şi şcolari.

I. *DATE PERSONALE ŞI FAMILIALE*

Numele şi prenumele .....
născut în anul..... luna .....
ziua..... locul .....
domiciliul..... str. .....
nr..... judeţul (sectorul) .....
Numele tatălui .....
Numele mamei .....
Vârsta tatălui..... Vârsta mamei..... Profesia tatălui .....
Profesia mamei .....
Locul de muncă al tatălui .....
al mamei..... Fraţi .....
Surori..... Alţi membri ai familiei care ...
locuiesc cu copilul .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Condiţii de locuit .....
Relaţiile dintre părinţi .....
Relaţiile dintre părinţi şi copii .....
Atitudinea părinţilor faţă de problemele de educaţie ale copilului .....
.....
Condiţiile materiale şi igienico-sanitare .....

II. *DATE CU PRIVIRE LA SĂNĂTATE ŞI EVOLUŢIA FIZICĂ A COPILULUI*

Sarcina..... naşterea .....
greutatea la naştere..... înălţimea .....
alimentaţia .....
Merge susţinut .....
Merge independent .....

Boli ale copilului .....
Boli de care suferă în prezent .....
Volumul şi varietatea mişcărilor .....
lateralitatea în mişcări ..... învăţarea
mişcărilor..... sinkinezii .....
abilităţi motorii ..... jocuri
motorii .....
Starea sănătăţii părţinţilor şi fraţilor .....
Starea auzului ..... Starea vederii .....
Examen endocrinologic .....
pediatric ..... neuro-psihiatric
.....

III. *EXAMENUL PSIHOLOGIC*

A.. *Activităţi de tip perceptiv-acţional*
1) Detectare de obiecte: - cunoscute .....
- inedite .....
2) Perceperea relaţiilor dintre însuşiri .....
3) Relaţia dintre imaginea perceptivă şi denumirea ei .....
4) Relaţia dintre imaginea perceptivă şi acţiune .....
5) Spirit de observaţie .....
6) Tipuri de percepţie predominante .....

B. *Activităţi de tip reprezentativ simbolic*
1) Copmpletitudine şi volum .....
2) Claritate şi corectitudine .....
3) Sistematizare şi generalizare .....
4) Raportul reprezentare-acţiune-cuvânt .....
5) Tipuri de reprezentări:
- după analizatori .....
- statice .....
- de transformare
6) Tipuri de reprezentări:
- matematice .....
- fenomene naturale .....
- fenomene sociale .....
- acţiune .....
- activitate .....

C. *Limbajul*
1) Volumul vocabularului .....
2) Semantica - înţelegerea limbajului .....
3) Structura gramaticală:
- alcătuirea propoziţiilor .....
- acorduri gramaticale .....
4) Caracteristici ale vocii .....

5) Relaţia limbă - activitate:
- activitate .....
- indicativ - verbale .....
- stimulativ - verbale .....
- verbalizarea acţiunii .....
6) Forme de limbaj .....
7) Diagnostic logopedic .....

D. *Gândirea*
1) Volumul cunoştinţelor .....
2) Tipuri de înţelegere
- concret - intuitivă .....
- verbal - generalizată .....
3) Procese cu funcţii operatorii de gradul I:
- analiza .....
- sinteza .....
- generalizarea .....
- abstractizarea .....
- comparaţia .....
- sistematizarea .....
- concretizarea .....
4) Procese cu funcţii operatorii de gradul II:
- reversibilitate .....
- asociativitate .....
- combinatorie .....
- clasificări - serieri .....
- grupări, incluziuni în clase .....
5) Tipuri de noţiuni, judecăţi, raţionamente .....
6) Tipuri de gândire .....
7) Calităţi speciale .....

E. *Memoria*
1) Formele memoriei:
- logică .....
- mecanică .....
- intenţională .....
- neintenţională .....
2) Procesele memoriei:
- întipărirea .....
- păstrarea .....
- recunoaşterea .....
- reproducerea .....
3) Memorie imediată- îndepărtată .....
4) Uitarea .....
5) Calităţi speciale .....
F. *Imaginaţia*
1) Formele imaginaţiei:
- reproductivă .....
- combinatorică .....

- creatoare .....
2) Procedee de construire a reprezentărilor imaginaţiei:
- substituire .....
- adiţionare .....
- diminuare .....
- aglutinare .....
- combinare .....
- creare de imagini noi .....
3) Tipuri de imaginaţie .....
4) Calităţi speciale .....
G. *Atenţia*
1) Orientarea .....
2) Concentrarea .....
3) Selectivitatea .....
4) Tipuri de atenţie .....
5) Calităţi speciale .....
H. *Inteligenţa*
1) Abstractă .....
2) Concretă .....
3) Q.I. .....

IV. *ACTIVITĂŢI PRACTICE*

A. *Deprinderi şi obişnuinţe*
1) Deprinderi igienico-sanitare .....
2) Deprinderi practice .....
3) Deprinderi şi obişnuinţe comportamentale .....
B. *Înclinaţii şi aptitudini*
1) De joc .....
2) De desen, muzicale .....
3) Lexico-grafice .....
4) Matematice .....
5) Literar-artistice .....
6) Tehnic-constructive .....

V. *INTEGRAREA SOCIO-AFECTIVĂ*

1) Receptivitate şi reactivitate .....
2) Reactivitate emoţională .....
3) Manifestare afectivă .....
4) Gradul de integrare în colectiv .....
5) Poziţia şi rolul copilului în grup .....
6) Tipuri de relaţii
- de comunicare .....
- de cooperare .....
- de dominare .....

7) Autonomie socială .....

VI. *TRĂSĂTURI DE PERSONALITATE*

1) Trăsături de temperament .....
2) Trăsături de caracter .....
3) Aptitudini speciale .....
4) Motivaţia pentru activitate .....
5) Interese speciale .....

VII. *APRECIERI GENERALE*

1) Evoluţia la învăţătură .....
2) Atitudinea faţă de nota şcolară .....
3) Atitudinea faţă de muncă .....
4) Atitudinea faţă de personalul didactic şi de îngrijire .....
5) Participarea la viaţa colectivului .....
6) Particularităţi comportamentale .....
7) O. S. P. .....

VIII. *RECOMANDĂRI ŞI OBSERVAŢII SPECIALE*

1) Aprecieri asupra comportamentului viitor .....
2) Recomandări cu privire la atitudinea celor din jur faţă de subiect .....
.....
3) Recomandări cu privire la terapia medicală şi psihologică .....
.....
4) Aprecieri cu privire la integrarea în familie, profesiune şi societate .....
.....

TEME DE CONTROL

1. Prezentaţi caracteristicile activităţii psihice care denotă dezvoltare, stagnare sau regres la diferite categorii de handicapaţi.

2. Exprimaţi punctul de pedere psihopedagogic cu privire la educaţia şi instrucţia copiilor supradotaţi.

3. Analizaţi etapele cunoaşterii şi caracterizării copiilor handicapaţi cu ajutorul fişei psihopedagogice.

NOTĂ: Pentru subiecţii cu dublă deficienţă sau pentru cei cu deficienţe senzoriale, completarea fişei se va face, pe de o parte, prin luarea în considerare a analizatorilor sănătoşi, iar pe de altă parte, prin specificarea gradului de deteriorare a analizatorilor afectaţi. Spre exemplu, la capitolul percepţie se va analiza tipul specific de modalitate senzorială a nevăzătorului, surdului, ambliopului etc. prin probe care pun în evidenţă particularităţile definitorii ale deficienţilor respectivi. Ca atare, conţinutul celor relatate să fie raportat la specificul funcţiilor psihice ale handicapatului.

Capitolul III

HANDICAPUL DE INTELECT

Dată fiind natura plurifactorială şi diversitatea handicapurilor de intelect (mintale), în lucrările de specialitate se foloseşte o terminologie variată cu caracter de sinonimie de la un autor la altul. Astfel, termeni ca: deficienţă mintală, înapoiere mintală, întârziere mintală, insuficienţă mintală, oligofrenie, encefalopatie infantilă, debilitate mintală, subnormalitate mintală etc., exprimă categoria mare a handicapaţilor de intelect. În fapt, unii din aceşti termeni, ca: înapoiere, întârziere, provoacă confuzii, deoarece sugerează o eventuală revenire la starea normală, iar alţii, oligofrenie, encefalopatie infantilă au un pronunţat caracter medical, punând accent pe afecţiunile structurii nervoase. Oricum, nici unul din aceşti termeni nu semnifică gradele sau profunzimea handicapului, ceea ce ne determină să folosim conceptul generic de handicap de intelect (echivalent cu cel de deficienţă de intelect).

1. PROBLEMATICA PSIHOPEDAGOGIEI HANDICAPAŢILOR DE INTELECT

În orice abordare se simte nevoia definirii şi caracterizării handicapului dintr-o perspectivă interdisciplinară, care să permită proiectarea unor programe educaţional-recuperative ce au în vedere caracteristicile psihofizice, potenţialul ce poate fi stimulat şi direcţia de acţiune, nivelul probabil de atins în demersul integrării sociale şi profesionale. Definiţia dată de psihologul R. Zazzo satisface, în bună măsură, această cerinţă: "debilitatea mintală este prima zonă a insuficienţei mintale - insuficienţă relativă la exigenţele societăţii, exigenţe variabile de la o societate la alta, de la o vârstă la alta - insuficienţă ai cărei factori determinanţi sunt biologici (normali sau patologici) şi cu efect ireversibil în stadiul actual al cunoştinţelor".

Pentru a contura unele caracteristici definitorii şi generale pentru toate categoriile de handicapaţi, analiza acestora se realizează prin raportarea handicapaţilor:

a) la copiii normali mai mici ca vârstă cronologică şi de aceeaşi vârstă mintală;

b) la indivizi normali de aceeaşi vârstă cronologică;

c) la copiii normali de aceeaşi vârstă mintală şi la indivizii de aceeaşi vârstă cronologică;

d) la indivizii normali de aceeaşi vârstă mintală, indiferent de vârsta cronologică;

e) la alţi handicapaţi din aceeaşi categorie;

f) la alţi handicapaţi cu forme diferite decât cea de intelect.

Prin urmare, se pot desprinde trăsături fundamentale pentru circumscrierea domeniului psihopedagogiei handicapaţilor de intelect şi pentru metodologia instruirii, educării şi recuperării, utilizând tehnici, modalităţi de investigare şi psihodiagnoză, de cunoaştere şi de acţiune. Din acest demers rezultă specificitatea handicapului de intelect. În acest context, literatura de specialitate precizează unele trăsături specifice ale debilităţii mintale.

Una dintre acestea este rigiditatea, considerată de J.S. Kounin ca particularitate definitorie ce se bazează pe constatarea că, spre deosebire de copil, adultul are un număr mai mare de "regiuni psihologice", dar graniţele dintre aceste regiuni devin tot mai rigice pe măsura înaintării în vârstă. Aceste regiuni rigide limitează influenţa funcţională din partea teritoriilor învecinate, determinând o inerţie tipică la nivelul întregii activităţi psihice. Pentru handicapaţii de intelect, regiunile respective sunt pregnant rigide şi nu permit schimbul funcţional normal dintre ele, corespunzător vârstei cronologice, ceea ce l-a determinat pe A.R. Luria să vorbească de inerţia patologică. Ulterior, din planul biologic rigiditatea a fost extinsă, de unii autori, şi asupra modului cum funcţionează unele procese psihice: rigiditatea gândirii, a memoriei, a limbajului, a comportamentului etc.

Abordând o altă caracteristică, B. Inhelder subliniază că debilul nu poate atinge stadiul gândirii formale, dată fiind neterminarea (psihică - n.n.) construcţiei sale şi, de aici, prezenţa vâscozităţii genetice, ca trăsătură specifică. Debilul nu poate recupera întârzierea sa în construcţie, ceea ce îl face să atingă numai stadiul opeaţiilor concrete şi să rămână centrat o perioadă mai lungă de timp decât normalul la nivelul punctelor fixate anterior. În genere, în plan psihic are loc o dezvoltare lentă sau se produce stagnarea, fără ca individul să poată atinge stadiile superioare. Ca atare, dezvoltarea rămâne neterminată, ducând la dificultăţi în achiziţiile instrumentale şi de adaptare. De aici, persistenţa elementelor anterioare cu cele care intervin într-un stadiu superior, producând o coexistenţă falsă între nou şi vechi, exprimată prin conceptul amintit.

O caracteristică a specificităţii este şi cea de heterocronie, descrisă de R. Zazzo; el constată că debilul se dezvoltă, din punct de vedere psihologic, diferit de la un sector la altul. Dar heterocronia cea mai evidentă se poate remarca între dezvoltarea fizică şi cea mintală, între dezvoltarea somatică şi cea cerebrală. Prin urmare, diferitele funcţii psihice nu se dezvoltă în mod echilibrat. Acest fapt este relativ valabil şi pentru omul normal, când se creează un uşor decalaj la nivelul unor funcţii; unii au o memorie vizuală mai bună, în timp ce alţii posedă o memorie auditivă, operaţia de calcul poate fi mai dezvoltată decât capacitatea de formulare verbală şi invers ş.a.m.d. Dar în timp ce la normal, dezvoltarea unei funcţii

stimulează şi evoluţia alteia, la debilul mintal avansul unei funcţii se poate realiza chiar în detrimentul celorlalte.

Subliniind că vâscozitatea genetică îşi pune amprenta asupra conduitei debilului mintal în toate situaţiile, R. Fau arată că, atunci când solicitările depăşesc posibilităţile de răspuns, se manifestă o altă caracteristică numită fragilitatea construcţiei personalităţii. Operaţiile logice, fiind la un nivel scăzut, nu facilitează constituirea de raporturi sociale stabile şi evolutive, deoarece predomină fragilitatea şi infantilismul în comportament. Fragilitatea poate fi, pe de o parte, disociată, cu manifestări de duritate, impulsivitate şi lipsă de control, iar pe altă parte, mascată, ce apare la debilii care trăiesc într-un mediu securizant, făcând posibilă disimularea trăsăturilor negative.

Ultima trăsătură pe care o analizăm este descrisă de noi şi se referă la fragilitatea şi labilitatea conduitei verbale. Pentru a surprinde această caracteristică de specificitate, analiza s-a efectuat în raport de performanţele limbajului şi de conţinutul comunicării verbale (competenţa) faţă de situaţiile variate în care ea se desfăşoară. Relaţia respectivă se manifestă prin neputinţa handicapatului de a exprima logico-gramatical conţinutul situaţiilor semnificative, de a se menţine la nivelul unui progres continuu şi de a-şi adapta conduita verbală la schimbările ce apar în diverse împrejurări. Retardurile şi tulburările de limbaj, cu o frecvenţă mare, accentuează conţinutul fragilităţii şi labilităţii conduitei verbale.

Există şi trăsături ale debilităţii mintale mai restrânse care sunt analizate de specialişti, comparând simptomatologia psihică cu evoluţia şi dezvoltarea funcţiilor psihice ale normalului. Astfel, slabul activism în faţa sarcinii şi posibilităţile reduse de implicare în activitate au la bază o motivaţie deficitară, concretizată în lipsa unor scopuri şi aspiraţii reale, ce sunt însoţite de superficialitate în emiterea judecăţilor de valoare. De aici, apariţia caracteristicii de infantilism al afectivităţii - cu o marcantă instabilitate în relaţiile afective şi cu trecere frecventă de la o stare emotivă la alta. Dar cel mai pregnant, carenţele se manifestă în cadrul proceselor cognitive, pe care M. Roşca le analizează în legătură cu posibilităţile de instruire şi educare ale elevilor. Din acest punct de vedere, subliniem manifestarea atenuată a unor categorii de senzaţii sau posibilităţi elementare de percepere a însuşirilor esenţiale ale obiectelor şi fenomenelor, diferenţierea cu dificultate a formei, a mărimii, a spaţiului şi a timpului. Mai anevoios se observă elementele definitorii ale obiectelor ca urmare a deficienţelor atenţiei şi a cunoştinţelor insuficiente, a reprezentărilor sărace, lipsite de detalii, şi a nefuncţionalităţii combinării imaginilor. În gândire predomină şablonismul, stereotipia, inerţia şi neputinţa de a rezolva, pe căi originale, problemele. Asemenea caracteristici sunt amplificate şi de înregistrarea mecanică a datelor, de deficienţele pe linia memoriei logice, de neînţelegerea datelor, fapt care nu facilitează sesizarea cauzalităţii fenomenelor şi acumularea de experienţe deosebite. Cu cât formele de handicap sunt mai accentuate, ca în tipurile severe şi profunde (imbecilitate şi idioţie), cu atât caracteristicile psihice prezentate mai sus sunt mai diminuate şi mai puerile, încât aceste funcţii apar sporadic în manifestările individului. În unele sindroame ale formelor respective planul psihic este dublat de cel fizic, în care sunt deosebit de pregnante anomaliile anatomo-fiziologice (ce vor fi descrise în paragraful 3).

2. ETIOLOGIE ŞI CLASIFICARE ÎN HANDICAPURILE DE INTELECT

În toate formele de handicap, ca şi în cel de intelect, stabilirea cauzelor constituie un demers dificil ca urmare, pe de o parte, a diversităţii factorilor nocivi, iar pe de altă parte, a dificultăţilor rezultate din faptul că una sau mai multe cauze pot provoca handicapul respectiv. Astfel, factorii etiologici acţionează în diferite perioade ale evoluţiei individului (prenatală, perinatală, postnatală) şi determină forme mai grave sau mai uşoare, forme singulare sau asociate (în care, de obicei, una este predominantă, iar cealaltă, secundară). Dintre cele mai frecvente cauze citãm:

- leziuni şi disfuncţionalităţi ale sistemului nervos central care determină forme de handicap denumite, de unii autori, ca fiind exogen, patologic, dizarmonic etc.;
- factori ereditari, concretizaţi în aberaţii cromozomiale ce duc la aşa-numitele forme endogene;
- vârsta prea fragedă sau prea înaintată a părinţilor şi scăderea funcţiei de procreaţie;
- tulburări degenerative şi metabolice care influenţează dezvoltarea normală a sistemelor cerebrale;
- bolile infecţioase, apărute în ontogeneza timpurie, ce conduc la stagnarea funcţională în circuitele nervoase sau împiedică dezvoltarea craniocerebrală;
- traumele fizice de la nivelul craniului, cu efecte negative asupra sistemului nervos central;
- intoxicaţiile alcoolice sau cu diferite substanţe chimice ce au efecte negative şi asupra evoluţiei sistemului nervos;
- factorii socio-economici, prin neasigurarea unei alimentaţii suficiente;
- privatizarea afectivă a copilului la vârstele mici, care împiedică achiziţiile în plan intelectiv şi nu stimulează dezvoltarea psihică;
- radiaţiile, care exercită o acţiune negativă asupra dezvoltării generale a organismului ş.a.

Prin urmare, sunt o multitudine de factori care pot influenţa evoluţia normală a individului. Dar ei depind şi de rezistenţa organismului, de zestrea sa ereditară, de perioada în care acţionează şi de gradul constituirii structurilor nervoase, de forţa şi durata acţiunii acestor factori etc. Cunoscându-le acţiunea negativă, mulţi factori nocivi pot fi evitaţi în perioada de gestaţie a fătului şi mai cu seamă în ontogeneza timpurie.

În raport de etiologia descrisă, apar grade diferite ale handicapului de intelect, iar clasificarea acestuia se realizează pe baza măsurării coeficientului de inteligenţă (cu ajutorul testelor), a coeficientului de dezvoltare psihică, a evaluării posibilităţilor de adaptare şi integrare, de formare a autonomiei personale, de

elaborare a comportamentelor comunicaţionale şi de relaţionare cu cei din jur. Ca atare, clasificarea handicapului de intelect se poate rezuma la:

1. - *intelectul de limită sau liminar*, cu un Q.I. (coeficient de inteligenţă) estimat între 85 şi 90 şi care marchează graniţa dintre normalitate şi handicap;
2. - *debilitatea mintală* (numită şi handicap de intelect uşor sau lejer), cuprinsă între 50 şi 85 Q.I., ceea ce corespunde unei dezvoltări normale la vârsta cronologică între 7 şi 12 ani;
3. - *handicapul de intelect sever* (cunoscut şi sub denumirea de imbecilitate) cu Q.I. cuprins între 20 şi 50 şi corespunde unei dezvoltări normale la vârsta cronologică de la 3 la 7 ani;
4. - *handicapul de intelect profund* (denumit şi idioţie) se cirmuscrie vârstei mintale situată sub 20 Q.I. (corespunde vârstei cronologice normale de până la 3 ani).

După cum se poate observa, în cadrul aceleiaşi categorii pot exista grade şi forme variate care privesc atât gravitatea handicapului, cât şi manifestarea lui. Scara handicapului de intelect se diversifică pe o arie largă, ceea ce presupune necesitatea unei departajări cât mai exacte şi riguroase, prin intermediul diagnosticului diferenţial. Pe baza acestuia se vor constitui grupe şi clase relativ omogene, se vor integra în unităţi adecvate posibilităţilor lor de instruire şi educare, de compensare şi recuperare. În principiu, se poate afirma că toţi handicapaţii sunt recuperabili. Dar oricât de eficiente ar fi programele educaţionale, calitatea şi cantitatea rezultatelor obţinute depind şi de gravitatea handicapului. Astfel, dacă persoanele ce se încadrează în limitele intelectului liminar pot ajunge la o dezvoltare psihică asemănătoare normalilor şi se integrează eficient socio-profesional, debilii mintal ajung la formarea deprinderilor de citit-scris, de calcul aritmetic, de operare elementară în plan mental, fără a atinge nivelul gândirii formale: ei achiziţionează unele cunoştinţe în comunicare şi comportament, se pot integra în activitate şi viaţă socială dar, pe ansamblu, nivelul dezvoltării lor psihice şi de adaptare rămâne limitat. Handicapaţii sever sunt recuperabili într-o măsură mai mică; parţial, ei îşi pot însuşi mijloacele de comunicare, acumulează unele cunoştinţe despre lumea înconjurătoare, îşi însuşesc, cu dificultate, operaţii elementare de adunare, scădere, de numeraţie, îşi formează deprinderi elementare de autoservire şi comportamente condiţional-stereotipe, pot exercita unele activităţi, au deprinderi elementare, reclamând o asistenţă socială continuă; cei cu handicap de intelect profund îşi pot însuşi forme parţiale de autoservire, de comunicare redusă caracteristice vârstelor infantile, de comportare şi dezvoltare psihică minimă, ceea ce presupune o îngrijire permanentă şi o protecţie complexă din partea adultului.

---

* În literatura de specialitate se pot întâlni şi alte clasificări ale handicapului de intelect şi mai ales valori acordate Q.I. diferite, dar noi am adoptat o clasificare ce are o circulaţie mai mare, fiind utilizată de mulţi autori şi organizaţii specializate în domeniu.

3. SIMPTOMATOLOGIE ŞI STRUCTURĂ ÎN SINDROAMELE HANDICAPULUI DE INTELECT

Sunt cunoscute mai multe sindroame ale handicapului de intelect din care se pot desprinde structuri fizice şi psihice caracteristice pentru sindromul respectiv, dar şi pentru categoria de handicap din care face parte. Astfel, le menţionăm pe cele mai reprezentative şi care au o frecvenţă mare:

Sindromul Down, cunoscut şi sub denumirea de mongolism, după numele dat de cel ce a descris această formă, Langdon - Down. Majoritatea indivizilor cu acest sindrom se încadrează în categoria de handicap sever sau chiar profund şi foarte rar în debilitatea mintală propriu-zisă. Ei sunt uşor de diagnosticat şi datorită structurilor morfologice ce sunt evidente încă de la naştere, dar devin tot mai pregnante, odată cu înaintarea în vârstă. Ca atare, cele mai semnificative aspecte structurale privesc: craniul mic şi brahicefalic, protuberanţa occipitală neconturată, fantele palpebrale au un aspect oblic şi sunt orientate spre exterior, limba este fisurată (numită limbă scrotală) cu un aspect lat şi hipotonic sau îngust şi ascuţit, buzele îngroşate şi fisurate transversal, prezenţa frecventă a anomaliilor maxilarelor şi dinţilor, degetele la mâini sunt scurte şi adeseori prezintă sindactilie ş.a. Aceste caracteristici sunt tipice pentru sindromul descris, dacă se găsesc în combinaţie la acelaşi individ: izolat, ele pot fi întâlnite şi în alte forme de handicap şi chiar la persoanele normale.

În plan psihic, sunt puţin dezvoltaţi: gândirea concretă nu permite decât achiziţia unor elemente cu caracter de stereotipie, vorbirea este infantilă şi cu tulburări de articulaţie, calculul elementar şi citit-scrisul se însuşeşte greu şi la un nivel scăzut, memoria este predominant mecanică şi întipărirea de scurtă durată, reproduce cu greu şi numai în prezenţa situaţiilor concrete. Este relativ dezvoltat simţul ritmului, ceea ce face să le placă muzica, sunt veseli şi afectuoşi cu persoanele cunoscute, docili, manifestă, mai cu seamă, comportamente imitative.

Oligrofenia fenilpiruvică este, de asemenea, o formă gravă a handicapului de intelect, îmbrăcând forme profunde şi severe. Nivelul intelectual este extrem de scăzut, dar se pot elabora unele comportamente elementare de autoservire, mai cu seamă de tipul celor bazate pe formarea reflexelor condiţionate. Acest sindrom se datorează absenţei unei enzime din organism, fapt care duce la acumularea exagerată de fanilalanină ce capătă un caracter toxic. Prin transformarea fanilalaninei în acid fenilpiruvic, acesta pătrunde în urina copiilor, ceea ce face posibilă diagnosticarea timpurie. La precizarea diagnosticului contribuie şi prezenţa unor caracteristici morfologice, cum ar fi aspectul de blond accentuat, ochi pronunţat albaştri şi pielea foarte sensibilă.

Idioţia amaurotică (denumită şi boala Tay-Sachs) are o frecvenţă mai redusă; la naştere, copilul dă impresia că este normal, pentru ca la 3-6 luni să devină apatic, cu o motricitate ce nu evoluează în mod normal. Astfel, nu poate apuca obiectele, nu poate ţine capul ridicat şi, ulterior, se instalează paraliziile şi convulsiile. Copilul este hipersensibil la lumină şi la zgomote ca apoi să i se degradeze, progresiv, văzul până la orbire. Caracterul ereditar al acestei anomalii face posibilă apariţia ei la diferite vârste, dar indivizii au o durată de viaţă relativ scurtă. Pe plan

psihic, dezvoltarea este extrem de redusă, dar prin exerciţii repetate sunt posibile elaborarea de comportamente şi activităţi cu caracter stereotip.

Gargoilismul cuprinde categorii de handicapaţi de la formele cele mai uşoare până la cele mai grave. În raport de dezvoltarea psihică diferită, de heterogenitatea grupului respectiv, programele recuperativ-educaţionale trebuie să fie adaptate la posibilităţile şi caracteristicile fiecăruia.

Din punct de vedere fizic, copilul nu creşte normal, având o statură mică, cu gât şi membre scurte, ceea ce îi dă o înfăţişare de bătrân. Craniul are un aspect deformat prin proeminenţa exagerată a regiunii occipitale. Faciesul se remarcă printr-o gură mare şi buze groase, iar nasul are formă de şa.

Hipertelorismul se referă la persoanele cu o dezvoltare psihică minimă şi cu o înfăţişare fizică tipică, caracterizată prin plasarea laterală a ochilor cu distanţe mari între ei, determinând un aspect animalic; craniul este brahicefalic şi sunt prezente, adeseori, anomalii ale maxilarului superior.

O amplasare în exterior a ochilor o întâlnim şi în sindromul Turner, la care se adaugă prezenţa urechilor late şi implantate jos,spre baza gâtului, faţă rotundă, gât scurt şi semne sexuale nedezvoltate.

Forme grave ale deteriorării intelectului apar şi în cretinismul endemic, a cărui apariţie se datorează existenţei în proporţie insuficientă a iodului în sol sau în apă, ceea ce împiedică producerea hormonului tiroidian cu efecte în dezvoltarea psihică; în galactosemie, fructozurie, sucrozurie, datorate lipsei unei enzime sau a netolerării faţă de unele substanţe ce intră în componenţa metabolismului ş.a.m.d.

TEME DE CONTROL

1. Caracterizaţi handicapul de intelect prin descrierea trăsăturilor de specificitate.
2. Enunţaţi principalii factori etiologici ai handicapului de intelect.
3. Descrieţi clasificarea şi scara handicapului de intelect.
4. Analizaţi structural - morfologic şi simptomatologic principalele sindroame ale handicapului de intelect.

BCU IAŞI CENTRALA UNIVERSITARĂ LIBRARY

Capitolul IV

CARACTERISTICILE FUNCŢIILOR ŞI PROCESELOR PSIHICE LA HANDICAPAŢII DE INTELECT

Impresia generală cu privire la activitatea psihică, în ansamblu, este aceea a desfăşurării ei în limitele inferioare faţă de normal, a stagnării sau chiar a involuţiei unor funcţii, a deteriorării, dezorganizării pentru altele. Caracteristicile de puerilitate, labilitate şi infantilism, la nivelul personalităţii, sunt, în egală măsură, valabile şi pentru toate funcţiile şi procesele psihice. O bună parte din aceste caracteristici au fost puse în evidenţă în capitolul anterior cu ocazia analizei trăsăturilor de specificitate ale handicapurilor de intelect. Dar pentru a pătrunde în intimitatea activităţii psihice este nevoie de surprinderea principalelor particularităţi ale funcţiilor şi proceselor în corelaţie cu comportamentul handicapaţilor în rezolvarea unor probleme în diverse situaţii.

1. SPECIFICUL FUNCŢIILOR ŞI PROCESELOR PSIHICE ÎN DIFERITE FORME DE ACTIVITATE

Fără îndoială, funcţiile şi procesele psihice se manifestă în raport de gradul handicapului de intelect şi de tipul de activitate în care subiectul este implicat. Există o serie de caracteristici care privesc activitatea psihică de ansamblu, comparativ cu normalul, dar şi diferenţe specifice în evoluţia diferitelor funcţii sau procese. Ne referim, în primul rând, la evoluţia acestor particularităţi în cazul debilităţii mintale pentru că în handicapul sever şi mai ales în cel profund ele sunt atât de diminuate încât este greu să se poată vorbi de existenţa lor în accepţiunea strict psihologică. Astfel, în planul senzorial-perceptiv se remarcă dificultăţi de analiză, ceea ce determină perceperea globală a obiectului sau imaginii acestuia în detrimentul sesizării elementelor componente. Desele confuzii ce apar în aceste situaţii se datorează şi activismului scăzut al debilului mintal faţă de activitate. În cazul când constituenţii unui obiect sau ai imaginii sunt mai bine delimitaţi prin subliniere, culoare, poziţia centrală ocupată etc., analiza este uşurată, iar percepţia devine mai consistentă. Cum la unii handicapaţi de intelect apar anomalii în sfera

vizuală, auditivă, tactil-kinestezică, se accentuează lipsa de specificitate a percepţiilor.

Având în vedere că şi *sinteza* este deficitară, reconstituirea perceptivă se realizează incomplet, iar în situaţiile mai complexe devine imposibilă. Cunoştinţele şi experienţele personale reduse îl pun pe subiect în situaţia de a nu putea face ordonări şi ierarhizări care să faciliteze o percepere cât mai adecvată. Cu toate că durata analizei şi sintezei este mai mare decât la normal, se remarcă îngustimea câmpului perceptiv prin perceperea limitată a numărului de elemente, a locului ocupat de obiecte, a raportului dintre ele, a distanţelor, a poziţiei lor etc.

Dificultăţi şi mai mari întâmpină handicapaţii de intelect la perceperea imaginilor. Pe lângă descrierea nesistematică a acestora sunt invocate, adeseori, elemente străine şi nesemnificative ce au fost percepute într-o situaţie anterioară. Tulburările de limbaj şi existenţa unui vocabular sărac determină explicaţii aleatorii, fără surprinderea raporturilor cauzale şi apariţia frecventă a clişeelor verbale. Predomină caracterul descriptiv al celor percepute în detrimentul celui explicativ, iar acolo unde apare explicaţia, ea este naivă şi încărcată de prea multe enumerări ale celor percepute.

Interesantă este funcţionalitatea *percepţiei distorsionate* (a iluziei) la debilul mintal. După cum se ştie, pentru persoanele normale existenţa percepţiei distorsionate este un indiciu al desfăşurării planului senzorial perceptiv în relaţie cu factorii înconjurători ce se pot prezenta în situaţii ce nu se supun nemijlocit exprienţelor trăite. La debilii mintal am putut constata, pe bază de experimente, că percepţia distorsionată nu funcţionează totdeauna ca la normal. Sunt două situaţii mai importante: ori acest fenomen este absent acolo unde situaţia determină o iluzie, ori apare o labilitate exagerată în realizarea percepţiei de la o situaţie la alta. Ne-am explicat aceste fenomene, pe de o parte, prin structura anatomo-fiziologică a sistemului nervos, iar pe de alta, prin însăşi experienţa individuală şi posibilităţile de analiză, interpretare şi stocare a informaţiilor perceptive. Unele structuri şi conexiuni deficitare sau insuficient consolidate determină modalităţi de înregistrare a datelor perceptive prin predominarea informaţiei exclusiv sau aproape exclusiv de la obiectul sau partea acestuia care se impune, cel puţin, printr-o singură caracteristică, indiferent de natura acesteia (nu neapărat esenţială): vizuală, kinestezică, auditivă etc. Prin impunerea unei singure caracteristici, obiectul nu se percepe integral, ci parţial, iar în compararea a două obiecte sa iau criterii diferite în funcţie de ceea ce s-a impus asupra subiectului. Experienţa săracă a debilului mintal şi posibilităţile reduse de raportare la informaţia stocată nu-i permit acestuia să interpreteze, în totalitatea însuşirilor sale, fenomenul sau obiectul. Actualizarea unor *reprezentări*, ce ar putea veni în sprijinul desfăşurării percepţiei, se face numai parţial ca urmare a *inerţiei oligofrenice* ce marchează întreaga activitate psihică.

Gândirea reprezintă cea mai izbitoare caracteristică pentru evaluarea gradului handicapului de intelect şi a posibilităţilor de efectuare a unor activităţi. Handicapul intelectual se constată în toate operaţiile gândirii, fiind deosebit de evident în generalizare şi abstractizare sau în înţelegerea şi rezolvarea unor probleme cu un caracter mai complex. Dificultăţile respective se datorează, după B. Inhelder, faptului că deşi stadiile dezvoltării se succed în aceeaşi ordine la debilul mintal ca

şi la copilul normal, evoluţia e mai lentă şi nu poate ajunge la stadiul final al operaţiilor formale. Aşadar, pentru handicapatul de intelect uşor se poate atinge maximul dezvoltării sale la sfârşitul stadiului operaţiilor concrete. Handicapaţilor de nivel inferior le este caracteristic stadiul de început al operaţiilor mintale. Din aceasta rezultă că ordonările, ierarhizările, stabilirea asemănărilor şi deosebirilor, a raporturilor cauzale şi sesizarea esenţialului se fac la un nivel inferior sau se introduc criterii care demonstrează puerilismul gândirii. S-a constatat că stabilirea deosebirilor dintre obiecte se face mai uşor decât stabilirea asemănărilor, care presupune operarea cu noţiuni mai generale şi scrierea după însuşiri cât mai apropiate de notele definitorii ale obiectelor.

Analizând raportul dintre învăţare-dezvoltare, Vâgotski operează cu conceptul de "zonă a proximei dezvoltări", prin intermediul căruia încearcă să stabilească perspectivele dezvoltării subiectului în etapa următoare. Pentru debilul mintal se poate evidenţia caracterul restrâns al proximei dezvoltări, ceea ce determină o regândire a conţinutului învăţării, a etapelor adoptate şi individualizarea metodelor utilizate.

Caracteristicile de concretism, de rigiditate şi inerţie, ce apar la nivelul gândirii, îşi pun pecetea şi asupra evoluţiei limbajului. Mulţi autori subliniază apariţia întârziată a vorbirii şi etapele dificile pe care trebuie să le parcurgă copilul handicapat de intelect până la folosirea comunicării cu ajutorul propoziţiilor. Dezvoltarea întârziată a limbajului priveşte toate aspectele sale - fonetic, lexical, semantic şi gramatical - la care se adaugă marea frecvenţă a tulburărilor de limbaj. Apariţia cu întârziere a vorbirii, menţinerea caracterului situativ al limbajului, folosirea cuvintelor izolate şi slaba înţelegere a vorbirii celor din jur se constituie în parametri ai aprecierii dezvoltării psihice şi reflectă, în acelaşi timp, nivelul ideaţiei handicapatului. Formele sau tipurile de comunicare pe care le foloseşte subiectul se corelează, nemijlocit, cu comportamentele specifice şi cu mobilitatea caracteristică personalităţii. Fenomenele de infantilism sunt efecte şi ale imaturităţii verbale, ce reproduc planurile nedezvoltate ale intelectului. Datorită dependenţei înţelegerii lingvistice a cuvântului de nivelul operaţiilor mintale, dificultăţile abstractizării şi generalizării nu-i conferă copilului posibilitatea de a se desprinde de semnificaţia obiectuală a cuvântului pentru a exprima relaţii cauzale şi categoriale ale definirii esenţei elementelor vehiculate. Date fiind aceste caracteristici ale gândirii şi limbajului, se poate aprecia că handicapaţii respectivi pierd perioada optimă de dezvoltare a funcţiilor psihice, dar prin includerea subiectului în activităţi şcolare, prin modalităţi specifice şi prin valorificarea raportului învăţare-dezvoltare se va recupera parţial această perioadă.

Cu toate dificultăţile şi diminuările din activitatea psihică, la debilul mintal sunt unele elemente care se păstrează mai bine. Astfel, unele caracteristici ale memoriei de scurtă durată, ale stocării mecanice a informaţiilor, aspecte ce ţin de potenţialul activităţilor practice manuale şi de interesele pentru activităţile concret-intuitive pot deveni pârghii ale acţiunilor de corectare-compensare, de stimulare a psihismului în general. Totuşi, eficienţa scăzută a memoriei voluntare, lipsa de fidelitate şi rigiditatea fixării şi reproducerii îngreunează transferul de cunoştinţe şi evocarea activă a informaţiilor.

Toate aceste particularităţi ale activităţii psihice se corelează cu tulburările din planul *psihomotricităţii*. În acest sens, sunt edificatoare aspectele ce privesc timpul de reacţie scăzut, viteza diminuată a mişcărilor, imprecizia acestora dublată de frecvente sinkinezii, imitarea deficitară a mişcărilor cu reflectarea lor în oglindă, ce prelungesc timpul de formare a dexterităţilor manuale şi care nu au semnificaţie în deprinderile grafice. La acestea se adaugă insuficienţele manifestate la nivelul activităţii *voluntare şi motivaţionale*. Predominarea intereselor şi scopurilor apropiate, a trebuinţelor momentane, capacitatea redusă de concentrare a atenţiei şi neputinţa de a prevedea momentele mai importante ale acţiunilor îl fac pe debilul mintal să aibă dese insuccese, fapt ce determină instalarea negativismului şi a descurajării, a lipsei aspiraţiilor şi a efortului voliţional în faţa sarcinii.

În conturarea *personalităţii* handicapatului de intelect se remarcă structurile *emoţional-afective*, care de cele mai multe ori conturează un tablou specific psihopatologiei marginale (de graniţă). Sunt uşor de surprins fenomene de emotivitate crescută, puerilism şi infantilism afectiv, sentimente de inferioritate şi anxietate accentuate, caractereul exploziv şi haotic, controlul limitat al stărilor afective ş.a. Aceste fenomene generează imaturitatea personalităţii cu predominarea formelor de disarmonie ce determină manifestări comportamentale instabile, cum ar fi: frică nejustificată, antipatie sau simpatie nemotivate, nervozitate, iritabilitate sau inhibiţie, pasivitate exacerbată, crize de furie sau reacţii agresive fără control, labilitate exagerată în trecerea de la o stare la alta (râs şi plâns, veselie şi tristeţe) etc.

Deşi aceste caracteristici îşi pun pecetea asupra desfăşurării activităţii, într-un mediu de viaţă stimulativ, prin folosirea unei metodologii corectiv-recuperative adecvate, la copiii handicapaţi de intelect, în funcţie de deteriorarea intelectului, se pot elabora motivaţii gradate pentru activitate şi abilităţi care să faciliteze procesul instructiv-educativ, de un anumit nivel. Astfel, copiii cu intelect liminar trec neobservaţi în şcoli sau în medii socio-profesionale cu standarde mai puţin pretenţioase şi fac faţă exigenţelor impuse; cei cu debilitate mintală uşoară sau lejereă se adaptează relativ bine la formele învăţământului special şi îşi pot forma deprinderi instrumentale elementare sau abilităţi pentru activităţi cu expectaţie cultural-intelectivă redusă, iar la handicapaţii de intelect sever şi profund (imbecilii şi idioţii) accentul se pune pe activităţi de socializare, de autoservire şi de însuşire a unor acţiuni legate de exercitarea de profesii simple, stereotipe şi supravegheate.

2. LIMITE ŞI PERSPECTIVE ÎN RECUPERAREA HANDICAPAŢILOR DE INTELECT

Ţelul fundamental al psihopedagogiei speciale este acela de a forma şi pregăti subiectul handicapat pentru viaţă şi activitate. Pentru aceasta, corectarea, compensarea, educarea sunt componente ale procesului recuperativ în care sunt incluse metodologii specifice, adaptate la categoria de handicapaţi, urmărind să faciliteze integrarea şi adaptarea. În demersul recuperării sunt antrenaţi toţi cei care se ocupă, într-un fel sau altul, de handicapaţi.

Scopul recuperării constă, pe de o parte, în valorificarea la maximum a posibilităţilor individului handicapat, iar pe altă parte, funcţiile psiho-fizice nealterate trebuie astfel antrenate încât să poată prelua activitatea funcţiilor afectate în vederea formării unor abilităţi şi comportamente care să-i permită persoanei o integrare optimă în viaţa profesională şi socială. În acelaşi timp, prin recuperare se realizează pregătirea psihologică a individului pentru a-şi crea o stare afectiv-motivaţională corespunzătoare, prin trăirea satisfacţiei în raport cu activitatea depusă menţinând, în felul acesta, un confort psihic prelungit. În vederea realizării acestor deziderate, cât şi în adoptarea metodologiei specifice recuperării este necesar să cunoaştem particularităţile psiho-individuale ale subiectului, să stabilim diagnoza şi prognoza cazului respectiv. Raportată la aceste caracteristici, metodologia utilizată poate fi preponderent psihologică, pedagogică sau medicală. Rezultatele cele mai bune se obţin prin combinarea celor trei forme, adoptând o acţiune unitară concretizată în cea ce se poate numi terapia complexă a recuperării. Dar accentul pus pe una din cele trei componente trebuie să ţină seama de o serie de factori subiectivi şi obiectivi, ca: forma şi gravitatea handicapului, evoluţia şi nivelul dezvoltării funcţiilor neafectate, posibilitatea suplinirii unor funcţii determinate de către formaţiunile nervoase sănătoase şi mecanismele prin care se produce compensarea, starea psihică a subiectului, vârsta cronologică şi mintală, sexul, probabilitatea evoluţiei ulterioare în formele concrete de activitate pentru care va fi pregătită persoana respectivă.

Principalele forme ale recuperării sunt realizate prin: învăţare, psihoterapie şi terapie ocupaţională.

a) *Recuperarea prin învăţare* se realizează cu metode şi procedee diferite, adoptate în funcţie de forma învăţării. Subliniem că activitatea de recuperare, prin intermediul învăţării, va fi mai eficientă dacă va începe sub o formă organizată încă de la vârsta preşcolară şi ţinând seama de specificul handicapului. Astfel, ea va fi predominant afectivă şi motivaţională. Aceste forme de învăţare vor fi însoţite, întotdeauna, de alte două forme şi anume de învăţarea morală şi învăţarea motrică.

Fără îndoială, acolo unde este posibil se va apela şi la învăţarea intelectuală prin intermediul căreia se va urmări acumularea de informaţii elementare, însuşirea unui aparat conceptual, operarea instrumentală. Metodele verbale sunt esenţiale în învăţarea intelectuală şi se dovedesc eficace odată cu formarea capacităţii de a decodifica simbolurile lingvistice (orale sau scrise).

Însuşirea normelor morale şi formarea unor abilităţi motorii se realizează prin învăţarea afectivă, psiho-motrică şi psiho-comportamentală. Toate aceste forme vor însoţi procesele ce se derulează în şcoală şi determină formarea de sentimente, convingeri, atitudini, aspiraţii ca şi modele de acţiune, de comportare în viaţă.

O altă metodă ce poate fi adoptată este şi aceea a învăţării sociale, prin intermediul căreia subiectul este orientat spre anumite modele comportamentale concrete, stimulându-se capacitatea sa de imitare spontană. În acest context, fenomenul empatic facilitează dobândirea unor modalităţi de relaţionare socială, ajungând până la identificarea psihologică cu modelul. Prin progresele realizate şi

decentrarea eului, empatia devine modalitate sui-generis pentru stabilirea relaţiilor interpersonale şi formarea climatului afectiv în colectivitate. Pentru a ajunge la aceste scopuri, se formează subiectului o atitudine activă, folosindu-se o serie de întăritori, cum ar fi: recompensa, lauda, îndemnul, stimularea sentimentului datoriei, admonestarea, sancţionarea verbală sau prin notă etc. Astfel, învăţarea se încarcă de sens psihologic, îndeplinind scopurile propuse şi anume acelea de a forma şi dezvolta comportamente adaptative în care coechilibrarea personalităţii cu mediul înconjurător se realizează optim.

b) *Recuperarea prin psihoterapie* este mai puţin folosită în unităţile pentru handicapaţi de intelect. S-a constatat, totuşi, că în formele uşoare şi medii ale intelectului deteriorat ea contribuie la refacerea psihică şi psihosocială. Deşi nu înlătură handicapul, acţionează pozitiv asupra spiritului şi personalităţii, înlătură anxietatea şi negativismul, activează motivaţia şi pulsiunile, devenind un factor energizant al implicării subiectului în procesul recuperativ. În adaptarea metodelor şi tehnicilor psihoterapeutice se au în vedere factorii ce ţin de structura psihică a handicapatului, de vârstă şi de modul de manifestare comportamental.

În principiu, psihoterapia devine credibilă când prin intermediul ei se reuşeşte să se înlăture stările psihice conflictuale, sentimentele de inferioritate, unele însuşiri negative ale personalităţii, în general, şi se consolidează trăsăturile pozitive cu motivaţii superioare pentru activitate. Ca atare, educatoarea sau învăţătoarea îşi pot aduce o contribuţie importantă în această direcţie.

Din toate formele psihoterapiei, în cazul handicapaţilor de intelect, rezultate mai bune se obţin prin psihoterapia sugestivă şi psihoterapia de relaxare. Ţinând seama de capacitatea sugestivă a acestor subiecţi, de faptul că sunt uşor influenţabili, de dependenţa lor faţă de persoanele din jur, sugestia pozitivă acţionează pentru înlăturarea sau ameliorarea unor comportamente aberante, pentru formarea de atitudini favorabile învăţării şi activităţii, pentru stimularea dorinţei de a participa la viaţa colectivului etc. În felul acesta se orientează şi direcţionează activitatea subiectului spre situaţiile care favorizează recuperarea, dând o pondere accentuată sugestiei verbale.

Deşi psihoterapia de relaxare uzează de sugestie, ea depăşeşte limitele acesteia având o dublă acţiune atât asupra spiritului, cât şi asupra fizicului. De aici organizarea vieţii voliţionale şi direcţionarea subiectului spre formarea unor scopuri cât mai conştientizate, dar şi spre exercitarea, pe cât posibil, a unui autocontrol asupra unor funcţii fiziologice. Dacă avem în vedere că relaxarea fizică a organismului contribuie la ameliorarea stărilor tensionale, de tipul hiperexcitabilităţii sau stresului, atunci putem înţelege relaţia dintre fizic şi psihic. Din această perspectivă s-a impus metoda Schultz, prin care se creează o stare de relaxare prin depăşirea unor faze în care confortul fizic şi psihic să devină tot mai pregnant.

Trebuie subliniat că pentru succesul acestor tehnici este nevoie de o anumită înţelegere şi de o anumită participare conştient-voluntară, ceea ce le face viabile numai în formele uşoare de handicap de intelect. Dar rezultatele mai bune se obţin în activităţile ludice, în care sunt incluse componente de tip psihoterapeutic prin intermediul cărora se pot crea uşor dispoziţii pozitive şi deconectări faţă de

situaţiile traumatizante, tensionale, punându-se accent pe relaţiile grupale tonifiante şi pe elaborarea unor atitudini care să faciliteze proiecţia personalităţii.

c) Recuperarea prin terapie ocupaţională reprezintă baza acestui demers şi poate fi aplicată cu succes în toate formele de handicap. Printre terapiile ocupaţionale semnificative, la care educatoarea şi învăţătoarea îşi pot aduce o contribuţie importantă, enumerăm: ludoterapia, artterapia, meloterapia, terapia prin dans şi ergoterapia. Se ştie că unii handicapaţi manifestă un interes viu pentru muzică, pictură, dans, joc, confecţionarea unor obiecte etc., ceea ce poate constitui nu numai momente de consumare a energiei, dar şi de formare a unor abilităţi motrice, practice ori de elaborare a unor deprinderi profesionale. O importanţă cu totul aparte capătă, mai cu seamă la copiii din clasele mari, ergoterapia; ea contribuie la integrarea subiecţilor într-o activitate cu caracter social, prin care îşi pot valorifica, la maxim, potenţialul fizic şi psihic restant. Remarcăm că solicitările trebuie adaptate la posibilităţile subiectului pentru a evita descurajarea şi scăderea interesului în raport cu activitatea (în cazul când nu poate să-i facă faţă). Foarte important este să-i formăm buna dispoziţie şi să perceapă că activitatea desfăşurată prezintă importanţă nu numai pentru el, dar şi pentru societate. Există o strânsă legătură între ergoterapie şi ludoterapie, pentru că atât munca, cât şi jocul sunt forme de activitate prin care copilul îşi poate valorifica disponibilităţile sale în raport cu grupul şi cu aportul său la desfăşurarea acţiunii. Se va pune accent pe stimularea funcţiilor normale şi pe posibilitatea de a compensa, de către acestea, lipsa de activitate a celor deficitare. În acest sens, activitatea în care este implicat copilul handicapat trebuie să fie cât mai apropiată de condiţiile şi formele obişnuite pentru a forma abilităţi şi comportamente necesare integrării profesionale şi sociale viitoare.

În acelaşi timp, prin ergoterapie, ludoterapie, artterapie etc., se urmăreşte şi înlăturarea unor comportamente aberante, dar şi dezvoltarea afectivă, stimularea activităţii psihomotorii şi formarea obişnuinţelor de tip adaptativ. Se va stimula dezvoltarea sentimentelor de cooperare şi întrajutorare, a spiritului de stăpânire de sine şi de autocontrol, de antrenare în activităţi care să-i aducă copilului satisfacţie şi să-l ajute să înţeleagă succesul.

Efectele optime ale recuperării se apreciază în condiţiile formării unor calităţi fizice şi psihice, care permit subiecţilor să ajungă la:

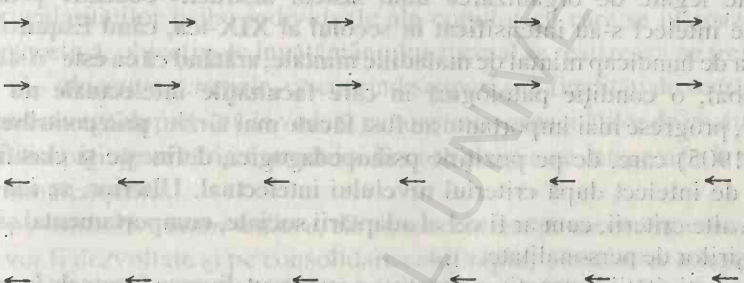
- un anumit nivel de autonomie personală; - exercitarea unei ocupaţii sau profesii; - formarea unor comportamente adecvate la situaţie; - capacitatea de a comunica prin limbaj oral şi scris; - conturarea unor interese cât mai diverse; - formarea simţului de responsabilitate şi de autocontrol; - însuşirea de abilităţi motorii şi a dexterităţilor manuale etc.

În concluzie, *recuperarea poate fi naturală, când acţionează prin subsistemul psihic, aflat în stare critică şi de compensaţie sau de supleanţă, când funcţiile afectate sunt preluate de alte compartimente ale sistemului psihic.* Din această perspectivă, demersul recuperatoriu cuprinde activităţi organizate de la simplu la complex, în care se va adopta următoarea desfăşurare:

activităţi ludice activităţi de învăţare activităţi de profesionalizare
activităţi integrative socio-profesionale recuperare adaptare

TEME DE CONTROL

1. Enunţaţi însuşirile specifice ale funcţiilor şi proceselor psihice la handicapaţii de intelect.
2. Analizaţi caracteristicile psihice prin prisma activităţii.
3. Descrieţi formele procesului recuperativ şi rolul educatorului în formarea comportamentelor socio-profesionale.



BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul V

ORGANIZAREA PROCESULUI INSTRUCTIV-EDUCATIV PENTRU HANDICAPAŢII DE INTELECT

Preocupările legate de organizarea unui sistem instructiv-educativ pentru handicapaţii de intelect s-au intensificat în secolul al XIX-lea, când Esquirol a delimitat starea de handicap mintal de maladiile mintale, arătând că ea este "o stare de deficit global, o condiţie patologică în care facultăţile intelectuale nu se dezvoltă". Dar, progrese mai importante au fost făcute mai târziu, prin contribuţia lui A. Binet (1905) care, de pe poziţiile psihopedagogiei, defineşte şi clasifică handicapurile de intelect după criteriul nivelului intelectual. Ulterior, se iau în consideraţie şi alte criterii, cum ar fi cel al adaptării sociale, comportamental şi al structurii însuşirilor de personalitate.

Organizarea activităţii instructiv-educative a cunoscut diverse forme de la cele ale unor iniţiative particulare, ale unor asociaţii filantropice şi bisericeşti până la cele de stat. Astfel, se consideră a fi o cotitură, în această ordine de idei, înfiinţarea de clase speciale pentru handicapaţii mintal lejer în Franţa, în anul 1909. În schimb, în jurul anilor 1950, se extind substanţial şcolile speciale pentru copii handicapaţi moderat şi sever, apărând, totodată, şi forme de organizare pentru persoanele cu deficit profund. În ţara noastră, situaţia a fost întrucâtva diferită. La începutul secolului al XX-lea au apărut pentru copii cu handicap sever aşa-numitele "institute medico- pedagogice", iar după anul 1950, au fost înfiinţate şcolile ajutătoare pentru copiii cu handicap lejer.

1. ASPECTE PSIHOPEDAGOGICE ALE ORGANIZĂRII UNITĂŢILOR SPECIALE

În concepţia specialiştilor se vehiculează tot mai intens noţiunile de *integrare, socializare şi normalizare*. Dacă primele două concepte primesc acordul tuturor celor care se ocupă de handicapaţii de intelect, cel de normalizare, apărut mai recent, provoacă dispute de principiu şi de aplicare în practică.

Integrarea şi socializarea presupun formarea unor abilităţi comportamenale şi social-profesionale în aşa fel încât orice persoană handicapată mintal să poată

desfăşura o activitate şi să ducă o viaţă alături de persoanele normale sau cât mai aproape de acestea. Desigur, atât integrarea, cât şi socializarea se realizează în funcţie de obiectivele activităţii educaţional-recuperative şi de gradul handicapului respectiv. În funcţie de aceste criterii se adoptă programe speciale şi se organizează acţiuni cu caracter formativ, în vederea pregătirii şi dezvoltării acelor însuşiri care să facă posibilă o adaptare la condiţiile vieţii social-profesionale. Astfel, în unităţile pentru handicapaţi sever şi profund (căminele şcoală şi căminele spital) obiectivele fundamentale ale procesului educaţional recuperativ sunt axate pe dezvoltarea unor capacităţi practice de autoservire, de relaţionare cu cei din jur, de abilitate motrică, de dezvoltare a unor însuşiri senzoriale, de însuşire a unor deprinderi manuale şi profesionale, de formare a unor comportamente de comunicare, afective, motivaţionale, volitionale etc. În schimb, pentru cei cu handicap lejer sau uşor, şcolile speciale (ajutătoare) se bazează pe obiectivele instrucţiei şi educaţiei, în egală măsură, ele sunt structurate, atât pe ideea formativă, cât şi pe cea informativă. Ca atare, obiectivele învăţământului special trebuie să fie, în principiu, asemănătoare cu cele ale învăţământului de masă, dar adaptate la specificul particularităţilor psiho-individuale ale copiilor cu care se lucrează. Din această perspectivă, obiectivele învăţământului special se realizează pe trei niveluri:

a) - *obiective generale*, ce cuprind scopuri sau finalităţi de scurtă durată şi mai ales de lungă durată - au în vedere cunoaşterea capacităţilor de învăţare ale elevilor handicapaţi şi urmărirea modului în care aceştia se integrează în societate după terminarea şcolii;

b) - *obiective intermediare*, care sunt centrate pe taxonomia comportamentelor ce vor fi dezvoltate şi pe consolidarea abilităţilor cu caracter integrativ;

c) - *obiective operaţionale*, care presupun elaborarea de comportamente concret-acţionale ce pot fi evaluate prin nivelul atins ca urmare a obiectivului respectiv, prin performanţele şi formele de adaptare comportamentală în condiţii determinate. Evaluarea trebuie să cuprindă criterii de cunoaştere a obiectelor şi a utilităţii lor, autonomia în deplasare şi acţiune, capacitatea de discriminare senzorial-perceptivă, nivelul comunicării şi relaţionării, dobândirea de abilităţi profesionale, dezvoltarea comportamentelor cognitive, comunicaţionale, afective, psiho-motrice, ludice, de socializare ş.a.

Rezultă, aşadare, că există forme de integrare şi socializare diferite atât în ceea ce priveşte manifestările handicapaţilor, cât şi în raport de eficienţa acestora în exercitarea adaptării la viaţa cotidiană.

Normalizarea este conceptul care nu numai că a provocat controverse acute, dar ridică şi o serie de probleme cu privire la existenţa învăţământului special şi a finalizării obiectivelor de normalizare în învăţământul de masă. În acest context se pot remarca două orientări principale: prima este susţinută de acei specialişti care pun accent pe integrare şi socializare, susţinând, totodată, necesitatea învăţământului special, iar cea de-a doua orientare este argumentată de cei ce pun sub semnul întrebării integrarea "normală", prin intermediul şcolii speciale, militând fie pentru clase speciale integrate într-o şcoală tradiţională, fie pentru clase

integrate ce cuprind colective mixte de elevi normali şi handicapaţi, fie clase normale care să cuprindă 2-3 handicapaţi.

Specialiştii care susţin necesitatea învăţământului special separat aduc următoarele argumente:

- prin învăţământul separat se realizează o mai bună omogenizare a grupurilor de elevi, ceea ce face posibilă aplicarea unor metodologii instructiv-educative adaptate la condiţiile lor;

- prin intermediul programelor aplicate în şcolile speciale se au în vedere, în exclusivitate, nivelul şi interesele elevilor, capacităţile lor de asimilare şi potenţialul de care dispun;

- prin toate programele instructiv-educative, în şcoala specială se formează şi se dezvoltă însuşiri psiho-fizice care sunt fundamentale pentru integrarea socio-profesională ulterioară a handicapaţilor;

- încă din grădiniţe şi apoi în şcoli, programele recuperative prevăd diferite forme de integrare a copiilor în lumea normalilor (prin jocuri realizate împreună cu copii normali, prin vizite şi plimbări, petrecerea timpului liber în timpul vacanţelor, spectacole şi serbări realizate împreună cu copii normali etc.);

- prin efectivul restrâns de copii, în şcolile speciale se organizează activităţi care răspund mai eficient obiectivelor educaţionale;

- învăţământul separat dispune de cadre specializate, abilitate şi cu experienţă pentru dezvoltarea maximală a capacităţilor copiilor handicapaţi.

Adepţii normalizării şi integrării de timpuriu a copiilor handicapaţi în şcolile de masă consideră că:

- este imposibilă o omogenizare a claselor de handicapaţi, dat fiind diferenţele marcante dintre aceştia;

- în şcolile speciale se aplică programe simplificate din învăţământul obişnuit;

- prin învăţământul special copilul handicapat este izolat de viaţa obişnuită şi prin activităţile şcolare cu normalii apar performanţe mai bune, ca urmare a contactului cu mediile superioare;

- şcolarizarea în colective mixte determină o mai bună acceptare a copiilor handicapaţi de către cei normali;

- cadrele din învăţământul special devin dezinteresate pentru specialitatea lor; unele dintre acestea lucrând de nevoie aici.

În ţara noastră învăţământul special (ajutător) pentru handicapaţii de intelect se bucură de o tradiţie şi de o experienţă relativ bogată şi, ca urmare, sunt obţinute rezultate edificatoare pentru nivelul de formare şi de pregătire a acestora.

Programele instructiv educative, ce se aplică în aceste şcoli, sunt elaborate de specialiştii noştri, pornind de la cercetări riguroase sau de la o practică îndelungată cu astfel de elevi şi poartă amprenta activităţilor specializate, a diferenţelor specifice dintre copiii handicapaţi şi cei normali. Rezultatele pozitive ale integrării şi socializării copiilor şcolarizaţi în învăţământul special sunt înregistrate de unităţile respective prin urmărirea acestora după absolvirea şcolii. La noi însă nu s-a crat o atitudine largă şi nu sunt condiţii materiale care să ducă la aplicarea imediată a ideii de normalizare. O asemenea normalizare se poate realiza în timp, o dată cu crearea acestor condiţii.

2. ACTIVITATEA CORECTIV-RECUPERATIVĂ ŞI DE INTEGRARE SOCIO- PROFESIONALĂ A HANDICAPAŢILOR DE INTELECT

Aşa cum a rezultat din cele de mai sus, scopul integrării şi socializării handicapaţilor de intelect constă în însuşirea unor instrumente de muncă intelectuală, de pregătire pentru munca productivă şi social-utilă, în aşa fel încât fiecare persoană handicapată să-şi poată aduce contribuţia la realizarea produselor societăţii respective şi să aibă aibilităţi comportamentale pentru viaţa activă. În acest context, pregătirea copiilor handicapaţi de intelect cu forme uşoare se realizează prin sisteme asemănătoare cu cele ale normalilor, începând de la grădiniţe, şcoli ajutătoare şi terminând cu şcolile profesionale, în care ei dobândesc, pe lângă cunoştinţe, şi comportamente legate de socializare şi profesionalizare. *În felul acesta, învăţământul copiilor şi tinerilor debili mintal face parte integrantă din sistemul instructiv-educativ general.* În vederea realizării obiectivelor învăţământului şi pregătirii pentru activitatea socio-profesională, întregul sistem instructiv- educativ din ţara noastră este orientat ergoterapeutic şi corectiv-compensator fără să se excludă, în continuare, perfecţionarea metodologiei instructiv-educative şi de perfecţionare a abilităţilor practice. Sistemul recuperativ educaţional vizează, în egală măsură, instruirea, adică însuşirea de informaţii şi formarea de deprinderi operaţionale, ca şi dezvoltarea însuşirilor de personalitate şi formarea unor comportamente adaptative.

Pentru a îndeplini astfel de scopuri, încă din grădiniţă, activităţile se vor baza pe primele experienţe ale copiilor ca, ulterior, în şcoala ajutătoare, să se transmită şi să se urmărească absorbţia de noi cunoştinţe cu un grad de dificultate mai avansat, dar care să nu depăşească posibilităţile comprehensive ale copilului. În şcoala profesională, se vor continua activităţi ce au ca scop dezvoltarea de ansamblu a însuşirilor psihofizice ale tânărului handicapat, pentru a înlesni maturizarea personalităţii şi învăţarea unei meserii. Aici este momentul ca educaţia terapeutică să "accepte", pe de o parte handicapurile, limitele, tendinţele patologice ale tânărului handicapat, iar pe de altă parte să-l ajute pe acesta în vederea dezvoltării compensatorii a unor însuşiri pozitive care să faciliteze o integrare deplină.

Deşi există în societatea contemporană, inclusiv în ţara noastră, o tendinţă de diversificare a pregătirii handicapaţilor de intelect în domenii cât mai variate, totuşi exercitarea unor meserii rămâne tradiţională. Din această perspectivă se apreciază randamentul şi eficienţa activităţilor desfăşurate de către handicapaţi şi cerinţele pentru forţa de muncă. Având în vedere acestea, la noi, ca şi în multe ţări, handicapaţii de intelect sunt pregătiţi pentru meserii, ca: zugravi, croitori, vopsitori, ţesători covoare, cismari, crescători de animale mici, viticultori, agricultori, grădinari, artizani, tâmplari, ceramişti, tapiţeri, tricotori ş.a.

Prin conceperea utilităţii activităţilor desfăşurate şi prin satisfacţia obţinută în urma asigurării condiţiilor de existenţă, chiar şi parţiale, handicapatul se plasează într-o stare de echilibru în care adaptarea la condiţiile mediului devine tot mai bună. Desigur, personalitatea handicapaţilor de intelect presupune, ca şi metodologia instructiv-educaţională, forme de organizare recuperative specifice în care să fie

înglobate principii şi strategii integrative, adaptate la caracteristicile subiecţilor care sunt implicaţi în activităţi respective. Astfel de principii şi strategii trebuie să ţină seama de potenţialul psiho-fizic al handicapatului, dar să cuprindă, în acelaşi timp, o abordare multidisciplinară cu implicaţii în: psihologie, pedagogie, sociologie, medicină şi profesionalizare. Se poate considera un succes al demersurilor făcute atunci când subiectul handicapat realizează că:

- părinţii sau persoanele ce-l înconjură efectuează o muncă folositoare societăţii;
- prin muncă pot fi ajutaţi semenii lor;
- orice societate implică exercitarea de servicii şi profesii;
- pentru a exercita o meserie sunt necesare cunoştinţe şi deprinderi;
- există o anumită capacitate de analiză a ocupaţiilor şi de cunoaştere a modalităţilor de însuşire a unei meserii;
- exercitarea unei meserii presupune un anumit sistem de comunicare şi de relaţionare cu cei din jur;
- în exercitarea unei meserii se depun eforturi, iar rezultatele obţinute depind de acestea şi de nivelul de pregătire;
- comportamentele profesionale şi sociale creează avantajele adaptării şi aprecierii colectivului etc.

Dacă până acum a rezultat că integrarea social-profesională a handicapaţilor este dependentă de programele recuperative şi de profunzimea handicapului, trebuie să remarcăm că, aşa cum afirma R. Zazzo, civilizaţia unei societăţi poate fi apreciată şi după atitudinea ce o manifestă faţă de o asemenea categorie de oameni. Mai mult, integrarea social profesională a handicapaţilor este dependentă şi de condiţiile atitudinale şi materiale ce sunt create acestora de către societate.

TEME DE CONTROL

1. Analizaţi unele din criteriile după care se realizează integrarea handicapaţilor de intelect în unităţile speciale.
2. Comparaţi, din punct de vedere teoretic şi practic, conceptele de integrare, socializare şi normalizare.
3. Subliniaţi principalele caracteristici ce trebuie să fie conţinute în programele educaţional-recuperative şi profesiile în care se pot pregăti handicapaţii de intelect.

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul VI

HANDICAPUL DE AUZ

Handicapul de auz face parte dintr-o categorie mai largă, şi anume a celor cu afecţiuni senzoriale. Surdologia s-a constituit din necesitatea studierii acestei forme de handicap şi a elaborării unor măsuri psihopedagogice şi medicale, menite să contribuie la recuperarea şi inserţia socio-profesională a persoanelor cu deficit de auz. Din punctul de vedere al analizei noastre, ne interesează, aşa cum am subliniat în primul capitol, domeniile surdopsihologiei şi surdopedagogiei, pentru a putea evidenţia specificul activităţii psihice, evoluţia şi dezvoltarea acesteia în condiţii libere şi de activitate, precum şi metodologia procesului instructiv-educativ şi a eficienţei programelor recuperative. În acest demers este necesar să se ia în consideraţie rolul deosebit al analizatorului auditiv în dezvoltarea şi evoluţia psihică a individului, ca urmare a facilitării comunicării verbale şi a acumulării cunoştinţelor. Prin instalarea unui deficit de auz se produc modificări în activitatea individului şi se perturbă relaţiile cu lumea înconjurătoare.

Când handicapul de auz este congenital sau când acesta apare la vârstele timpurii, intervin dificultăţi majoae în însuşirea limbajului (muţenia), iar când degradarea auzului se produce după achiziţia structurilor verbale are loc un proces de involuţie la nivelelul întregii activităţi psihice, dacă nu se aplică programe educaţionale speciale.

1. PROBLEMELE SURDOPSIHOLOGIEI ŞI SURDOPEDAGOGIEI

Preocupările faţă de handicapaţii senzorial, în genere, datează din cele mai vechi timpuri. Astfel, Aristotel, în lucrarea "Despre simţurile celor care simt", afirmă că cine s-a născut surd acela devine apoi mut. Ulterior, în Codicele lui Justinian apar referiri la diferite categorii de handicapaţi, printre care şi la surzi, unde se exprimă atitudinea societăţii faţă de ei şi se stipulează drepturile pe care le aveau. Spre exemplu, în Cartea V-a se spune că "Orbul, surdul, mutul, furiosul şi cel care este atins de o maladie incurabilă sunt excluşi de la tutelă şi de la epitropie". Mai târziu, în secolul al XVI-lea, în scrierile medicului, filosofului şi

matematicianului italian Girolamo Cardano, apar menţiuni legate de instrucţia şi educaţia surdomuţilor axate, în mod special, pe încercări de demutizare şi comunicare verbală. În aceeaşi ordine de idei, literatura de specialitate îl citează pe spaniolul Pedro Ponce de Leon ca fiind primul care a folosit limbajul oral (vorbirea articulată) ca formă a demutizării, iar Juan Pablo Bonet, cam în aceeaşi perioadă (1679-1633), a folosit, în principal, alfabetul dactil pentru formarea comunicării verbale, dar şi limbajul scris, oral şi mimico-gesticular. Cu toată influenţa preocupărilor spaniole, în Anglia, John Wallis sublinia rolul limbajului scris în dezvoltarea psihică a surdomutului şi excluderea limbajului dactil din demutizare, iar labiolecturii îi acorda un rol nesemnificativ. Dimpotrivă, în Olanda, Francisc Van Helmont pune un accent deosebit pe citirea de pe buze (labiolectura) şi întrevede necesitatea folosirii oglinzilor pentru demutizare. În aceeaşi ţară, Johann Konrad Amman neagă utilitatea folosirii dactilemelor, insistând pe vorbirea orală, el fiind considerat fondatorul şcolii orale (oraliste).

Abatele Deschamps, în Franţa, susţine metoda oralistică şi elaborează un alfabet special pentru orbii surdomuţi. Dar reprezentantul cel mai de seamă pentru şcoala franzecă rămâne Charles Michel de l'Epée (1712-1789). El întemeiază o şcoală pentru surdomuţi şi aplică o nouă metodă, cunoscută sub denumirea de "metoda mimicii" (franceză), care fundamentează comunicarea prin mimico-gesticulaţie.

Samuel Heinicke, cunoscut prin îmbogăţirea metodei orale şi excluderea mijloacelor auxiliare (în primul rând a mimico-gesticulaţiei), se angajează într-o interesantă polemică cu de l'Epée, din care va ieşi triumfător.

În Polonia, Jacob Falkowschi întemeiază un institut pentru surdomuţi şi orbi, unde foloseşte metoda gesturilor, ca apoi să renunţe la aceasta şi să adopte, în exclusivitate, metoda orală. Bazat pe folosirea metodei orale şi germanul Friedrich Moritz Hill a încercat să organizeze învăţământul surdomuţilor cât mai aproape de cel al copiilor normali.

O contribuţie interesantă în secolele XIX şi XX, au adus-o şi specialiştii ruşi, prin V.I. Flery, G.A. Gurţev, A.F. Ostrogradschi, A.I. Diacikov, L.V. Zankov care au încercat o fundamentare psihopedagogică a învăţământului pentru handicapaţii de auz. Ca şi pentru alte categorii de handicapaţi, primele forme organizate ale activităţii instructiv-educative pentru cei cu auzul deteriorat, în întreaga lume, au îmbrăcat aspecte ale asistenţei filantropice şi disponibilităţii acordate de biserici. Frecvent se apela la principiul învăţării comunicării verbale pe bază de imitaţie, asemănător cu însuşirea vorbirii în perioadele ontogenezei timpurii de către copiii normali sau la folosirea intensivă a conversaţiei, după modelul deprinderilor de a comunica într-o limbă străină; ambele cunoscute sub numele de "metodă naturală".

Rezultă că, sub aspect metodologic, pentru învăţarea limbii, au fost utilizate trei metode principale:

a) metode care folosesc, preponderent, limbajul oral (metode orale);

b) metode care folosesc, preponderent, limbajul scris (metode scrise);

c) metode care adoptă o combinaţie între cea orală şi cea scrisă (metode mixte), făcând apel, deseori, la mijloace auxiliare de demutizare (dactileme, labiolectură şi mimico-gesticulaţie).

În surdopsihopedagogie sunt cunoscute, după locul unde s-au dezvoltat şi ponderea acordată, mai multe metode, cum sunt cea italiană, franceză, germană, austriacă, belgiană etc. S-a remarcat şi o metodă românească pentru demutizare, izvorâtă din activitatea practică şi care îmbina principiul însuşirii globale cu cel analitico-sintetic, fără a neglija sau exagera apelul la mijloacele auxiliare. Preocupările pentru existenţa handicapaţilor de auz din ţara noastră au mai bine de un secol de existenţă. Astfel, în anul 1863 ia fiinţă o formă de şcoală pe lângă locuinţa doctorului Carol Davila, care devine, ulterior, o secţie a Azilului "Elena Doamna" şi apoi a Institutului pentru surdomuţi de la Focşani (1865). Dar chiar înainte de aceasta, se citează existenţa unui institut particular la Dumbrăveni (1828). După acestea, apar noi forme de organizare a învăţământului în multe din oraşele mari ale ţării. Legea învăţământului din 1924 stipulează că la şcolile sau clasele speciale pentru handicapaţi, inclusiv de auz, vor funcţiona învăţători asistenţi numiţi dintre absolvenţii şcolilor normale şi învăţători titulari care obţin posturile pe baza de concurs după un stagiu de doi ani de funcţionare într-o şcoală specială.

În prezent, în ţara noastră funcţionează grădiniţe, şcoli generale, profesionale şi tehnice pentru hipoacuzici şi pentru surzi. Dintre dascălii care au reuşit să impună metoda românească şi să elaboreze programe educaţionale interesante, încă de la începutul secolului nostru, citâm pe D. Rusticeanu, I. Ciorănescu, C.P. Timofte ş.a.

2. CAUZELE ŞI CLASIFICAREA HANDICAPURILOR DE AUZ

Handicapul de auz se manifestă în anumite forme sau grade ce cuprind deteriorări parţiale sau totale. Astfel, degradarea auzului între 0-30 decibeli determină o hipoacuzie uşoară, între 30-60 decibeli, o hipoacuzie medie sau moderată, între 60-90 decibeli, o hipoacuzie severă sau profundă şi la peste 90 decibeli se instalează surditatea sau cofoza.

Surdităţile pot fi ereditare sau dobândite. Cele ereditare pot lua formele: a) forma Siebenmann, în care se produc lezarea capsulei osoase şi leziuni ale celulelor senzoriale ori ganglionare de la nivelul fibrelor nervoase; b) forma Sheibe, ca urmare a atrofiei nicovalei, prin lezarea senzorială a canalului cohlear, a saculei, a organului Corti şi a vascularizării striate; c) forma Mondini, determinată de leziunea nucleului, dilatarea vestibulului şi a canalului cohlear, atrofia nervului cohlear, a ganglionilor şi a organului Corti, iar surdităţile dobândite pot fi: a) prenatale, la baza cărora stau maladiile infecţioase ale gravidei, tulburările metabolice, endocrine, diabetul, hemoragiile etc.; b) neonatale, produse prin leziuni anatomo-patologice în timpul naşterii, hemoragii meningiene, incompatibilitatea între grupe sangvine ce duc, de asemenea, la lezarea cohleară; c) postnatale, care pot avea o natură infecţioasă, toxică sau traumatică. În general, toate deficienţele de auz pot fi provocate de o etiologie variată, dintre care citâm diferite boli, ca: meningitele, encefalitele, sifilisul, poliomielitele, difteria, pojarul, tuberculoza, traumatismele, otitele, abuzurile de antibiotice, alcoolismul, cosanguinitatea ereditară, malformaţiile urechii medii şi externe ş.a. Ţinând seama de etiologia anatomo-fiziologică, surdităţile se mai pot clasifica în: surditate de transmisie sau

de conducere (sunetul este împiedicat să ajungă la urechea internă), de percepţie (pierderea funcţiei de recepţie la nivelul urechii interne) şi centrală (afecţiuni ale nervului auditiv). O altă clasificare a surdităţilor a dus la împărţirea acestora în ereditare şi contractate. Etiologia surdităţii ereditare se referă la unele anomalii cromozomiale, iar cele contactate sunt determinate de o serie de factori enumeraţi mai sus, şi pot apărea la diferite vârste.

Depistarea şi diagnosticarea handicapului de auz cât mai timpuriu facilitează luarea unor măsuri medicale şi psihopedagogice pentru a asigura o dezvoltare apropiată de normal şi de a organiza activitatea de formare a comunicării, a exersării cogniţiei. Disfuncţia auditivă poate fi depistată încă din primul an de la naştere, printr-o serie de mijloace empirice, dar, mai ales, ştiinţifice. Pentru copiii mici se iau în consideraţie reacţiile de răspuns la diferite sunete ce se manifestă prin tresărire, mişcări ale ochilor sau ale unor segmente ale corpului în direcţia sursei de zgomot, înţelegere şi răspuns la vorbire, indicarea unor obiecte numite de către adult etc. În jurul vârstei de 3 ani se poate aplica şi audiometria şi se pot utiliza unele teste de auz, cum sunt testul lui Weber, testul lui Rinne şi testul lui Schwabach. Aceste teste sunt menite să diferenţieze surdităţile de percepţie de cele de transmisie şi ajută, totodată, la depistarea unor forme de cofoză mixtă.

Testul lui Weber se bazează pe faptul că persoanele normale percep tonul diapazon ce este aplicat pe frunte. Când diapozonul este aplicat pe linia mediană a frunţii unui handicapat care suferă de o surditate unilaterală a urechii medii, sunetul diapazonului va fi perceput în urechea bolnavă, iar în condiţiile când surditatea este provocată de afectarea labirintului sau a nervului auditiv unilateral, sunetul este auzit în urechea normală.

Cu ajutorul testului Rinne se poate realiza verificarea separată a fiecărei urechi o dată cu blocarea urechii opuse. Pentru aceasta, diapazonul în vibraţie se aplică pe apofiza mastoidă şi în cazul când sunetul nu este perceput, diapazonul se apropie de meatul auditiv. Când surditatea este localizată la urechea medie, subiectul nu aude sunetul dacă este îndepărtat de os, iar dacă auzul este normal, sunetul poate fi auzit, un timp şi după încetarea percepţiei osoase.

Testul lui Schwabach contribuie atât la verificarea conductibilităţii osoase, cât şi la cea aeriană. Procedeul constă în raportarea unor calităţi ale auzului subiectului testat la cele ale examinatorului. Astfel, când subiectul nu mai aude sunetul prin conductibitatea osoasă, diapazonul se aplică pe apofiza mastoidă a examinatului, iar când nu aude sunetul prin conductibilitate aeriană, diapazonul este plasat în apropierea urechii examinatorului. Pentru ambele forme ale testării se marchează timpul în care examinatorul continuă să audă sunetul după ce subiectul nu-l mai aude, timp, ce se constituie ca parametru al pierderii auzului.

Toate cele trei teste pun în evidenţă faptul că afectarea urechii medii duce numai la disfuncţionalitatea aeriană, iar surditatea determinată de leziuni ale urechii interne sau ale căilor auditive determină afecţiuni atât în transmiterea sunetului prin intermediul oaselor craniului, cât şi prin aer.

Comportamentele şi activitatea psihică a handicapatului de auz se manifestă şi în funcţie de gradul pierderii auzului, dar fără a neglija alte caracteristici, cum sunt cele legate de vârsta la care intervine afecţiunea, potenţialul psihic, condiţiile mediului socio-cultural în care trăieşte etc. Aceste aspecte au la bază, în primul

rând, modul în care subiectul se poate relaţiona prin comunicare cu cei din jur. Dacă în hipoacuzia uşoară şi în cea medie realizarea contactului cu cei din jur se face printr-o sporire a audiţiei şi o apropiere relativă faţă de sursa de emisie, în hipoacuzia severă încep să apară dificultăţi ce pot fi relativ estompate prin utilizarea protezelor, iar în cofoză se impune o demutizare precoce.

3. CARACTERISTICILE FUNCŢIILOR ŞI PROCESELOR PSIHICE LA HANDICAPAŢII DE AUZ

În cadrul surdopsihologiei şi surdopedagogiei sunt elaborate programe speciale de stimulare a funcţiilor şi proceselor psihice şi de formare a comunicării verbale pentru hipoacuzici şi surzi, care să asigure o adaptare socială cât mai apropiată de cea a normalului. În această ordine de idei, metodologia aplicată se bazează pe cunoaşterea caracteristicilor activităţii psihice a handicapaţilor de auz şi pe nivelul afecţiunii respective. Unele forme ale handicapului de auz pot determina o întârziere intelectuală, ca o consecinţă a destructurării raporturilor dintre gândire şi limbaj. Astfel, C. Pufan afirmă că gândirea surzilor se manifestă în anumite limite ca urmare a faptului că aceştia operează cu imagini generalizate, iar analiza, sinteza, comparaţia, abstractizarea şi generalizarea, realizate preponderent prin vizualizare, duc la o serie de caracteristici specifice legate de concretism, rigiditate, şablonism, îngustime şi inerţie. Raportând gândirea handicapatului de auz la cea a auzitorului se pot releva caracterul concret neevoluat al acesteia şi progrese semnificative, obţinute o dată cu formarea gândirii noţional-verbale, prin demutizare. Prin demutizare, handicapatul de auz parcurge drumul de la limbajul mimico-gesticular la cel verbal şi de la gândirea în imagini la cea noţional-verbală. Limba capătă noi valori prin trecerea de la folosirea semnelor la folosirea cuvintelor, care generalizează şi contribuie la achiziţia de informaţii. În felul acesta, informaţiile senzoriale se completează cu cele intelectuale, în care se vehiculează proprietăţile de cauzalitate şi esenţializare ale obiectului. Pentru a ajunge într-un asemenea stadiu, gândirea handicapatului de auz trece prin faze diferite:

- gândirea vehiculează situaţii concrete, cu obiecte şi imagini;
- gândirea începe să se folosească de noţiuni verbale concrete;
- gândirea atinge stadiul de folosire a noţiunilor şi sistemelor de relaţii abstracte, care permit elaborări de idei.

Parcurgând anumite momente, gândirea şi limbajul contribuie la structurarea personalităţii şi a activităţii psihice, în genere, în următoarele etape:

a) etapa premergătoare demutizării, în care gândirea şi limbajul se bazează pe imagini;

b) etapa începerii demutizării, în care gândirea şi limbajul se realizează pe bază de imagini şi parţial pe bază de cuvinte;

c) etapa demutizării avansate, când gândirea şi limbajul se realizează pe bază de cuvinte şi, parţial, pe bază de imagini;

d) etapa înfăptuirii demutizării în care atât gândirea, cât şi limbajul au, relativ, aceleaşi caracteristici ca ale persoanelor normale.

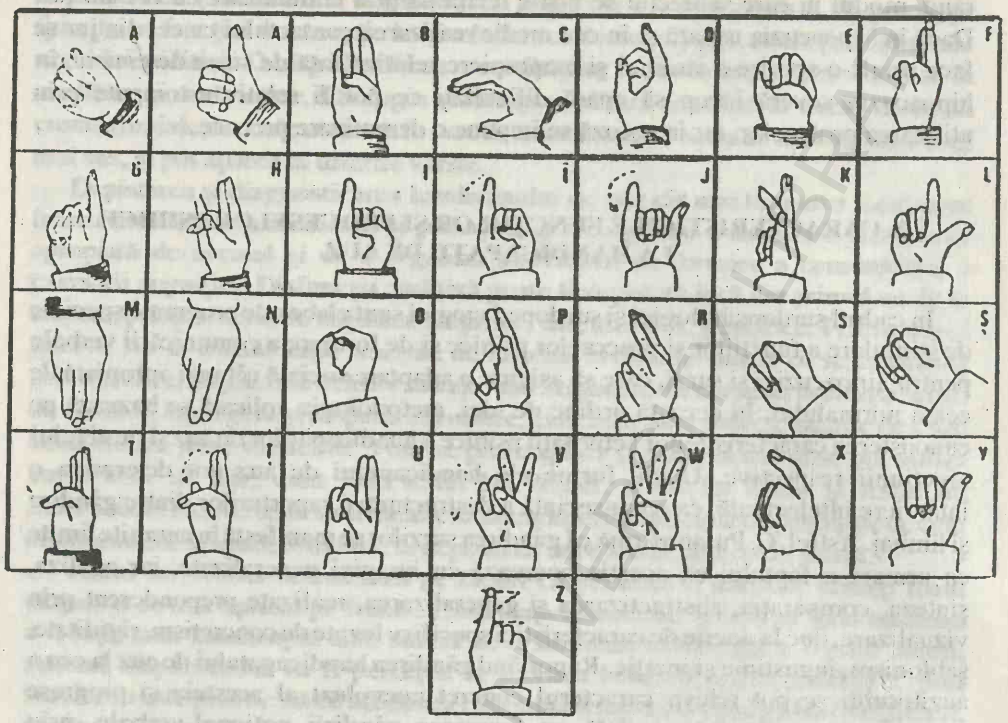


fig. 3

Pentru a parcurge aceste etape, copilul handicapat de auz trebuie antrenat într-un sistem de "comunicare totală": comunicare orală, labiolectură, scriere, citire, dactileme. Aşa se poate menţine un echilibru formativ între formele limbajului. Acesta nu diminuează valoarea limbajului verbal, dar înlesneşte achiziţia lui cu ajutorul mijloacelor auxiliare.

Rezultă, aşadar, că în funcţie de gradul pierderii auzului au loc o serie de consecinţe pe toate palierele activităţii psihice, atât din punct de vedere calitativ, cât şi cantitativ. Aceste caracteristici îşi pun amprenta asupra formării comportamentelor şi structurii trăsăturilor de personalitate ale handicapatului. Spre exemplu, surditatea din naştere blochează însuşirea comunicării verbale şi achiziţia de exprienţe sociale, limitând dezvoltarea capacităţilor intelectuale şi dobândirea de însuşiri ce stau la baza constituirii personalităţii, iar în surdităţile intervenite, după achiziţia comunicării, acestea pot fi diminuate, dacă se intervine în mod organizat pentru stimularea ei şi a întregii activităţi psihice. Chiar şi în handicapul parţial (hipoacuzie) se pot ivi fenomene de stagnare sau de regres, în lipsa unui mediu stimulativ care să întreţină comunicarea. Deşi se ştie că prin ea însăşi disfuncţia auditivă nu are un efect determinant asupra dezvoltării psihice, dar duce la instalarea mutităţii care stopează evoluţia limbajului ca mijloc de comunicare şi instrument intelectiv, ea restrânge, totuşi, activitatea psihică de ansamblu. O dată cu asigurarea condiţiilor de demutizare pentru surdomut şi de stimulare a comunicării verbale pentru hipoacuzici se pun bazele formării gândirii noţional-

verbale şi se facilitează dobândirea de experienţe, de cunoştinţe, de cultură, imprimând caracter informativ şi formativ activităţii cu handicapaţii de auz.

Pentru realizarea acestor deziderate, şcolii şi cadrelor didactice le revine sarcina de a folosi o metodologie specifică pentru formarea comunicării verbale şi crearea posibilităţilor de învăţare a limbajului. **O asemenea metodologie vizează formarea comunicării verbale, care trebuie să pornească de la ideea că procesul de învăţare se va baza pe mimicogesticulaţie, labiolectură şi, într-o oarecare măsură, pe dactileme. Dar la hipoacuzici şi la surdomuţii în curs de demutizare, forma principală de învăţare trebuie să fie orientată, în funcţie de structura clasei de elevi, spre învăţarea intelectuală şi învăţarea afectivă.** În acelaşi timp, învăţarea motrică şi învăţarea morală vor însoţi întregul proces educativ, date fiind necesitatea formării unor deprinderi de abilitate psihomotrică şi a elaborării unor habitudini psihocomportamentale. De asemenea, trebuie să se aibă în vedere, la surdomutul în curs de demutizare, că metodologia învăţării comunicării nu poate fi bazată pe utilizarea exclusivă a limbajului mimicogesticular, dactil etc.; oricât de perfecţionate ar fi acestea, nu pot asigura exprimarea nuanţată, complexă şi precisă a întregului complex al gândirii, ceea ce presupune şi dezvoltarea limbajului verbal prin intermediul căruia se realizează interrelaţionarea de tip uman şi stimularea cogniţiei. Dificultăţi şi limitări rezultă şi din faptul că limbajul gestual prespune transmiterea simultană a semnelor în timp ce semnalele sonore se produc succesiv, ceea ce facilitează o mai bună discriminare a fonemelor şi cuvintelor. Prin demutizarea surdomutului şi dezvoltarea vorbirii hipoacuzicului, vocabularul se îmbogăţeşte continuu şi se perfecţionează pronunţia, astfel încât cuvintele învăţate înlocuiesc, tot mai frecvent, exprimarea prin gesturi. Cu toate acestea, handicapul de auz va influenţa, şi în continuare, modul de exprimare şi calitatea vorbirii subiectului. În aceste condiţii, vorbirea handicapaţilor de auz se menţine deficitară pe linia *exprimării, a intonaţiei, a ritmului, a calităţii articulaţiei*, ceea ce afectează inteligibilitatea vorbirii.

Având în vedere faptul că hipoacuzicii au posibilitatea de a percepe unele sunete şi cuvinte, vocabularul lor se dezvoltă mai rapid şi se ajunge la folosirea tot mai corectă a înţelegerii şi exprimării prin cuvinte şi propoziţii. Procesul de însuşire a structurilor verbale, ca şi automatizarea lor, sunt dependente de structura fonetică a cuvintelor, de utilizarea acestora cât mai frecvent în diverse activităţi, de gradul de accesibilitate al cuvintelor, de felul în care educatorul ştie să le lege de conţinutul concret pentru a facilita elevilor surprinderea semnificaţiei acestora. Activitatea de învăţare a limbajului atât în grădiniţă, cât şi în şcoala specială trebuie să se bazeze pe o metodologie specifică, care să permită realizarea legăturii dintre cuvinte, imaginile labiovizuale şi semnificaţia verbală, pentru a se putea ajunge la elaborarea de stereotipii dinamice, prin intermediul cărora, receptarea succesiunii de imagini labiobucale, a sunetelor vizibile să determine declanşarea articulaţiei şi să facă posibilă înţelegerea comunicării.

Când se atinge stadiul de trecere de la limbajul mimicogestual la limbajul verbal, la surdomutul în curs de demutizare se creează condiţii, pe plan mintal, pentru trecerea de la gândirea în imagini la gândirea noţional-conceptuală. În aceste condiţii, cuvântul stimulează nu numai dezvoltarea gândirii, dar şi a celorlalte procese psihice. În acest caz, noţiunea devine integrator al treptei senzoriale şi

logice, deoarece cu ajutorul cuvântului ce o exprimă, se acumulează experienţă şi se vehiculează informaţia necesară desfăşurării operaţiilor gândirii: abstractizarea, generalizarea etc. Ca urmare, schemele operaţionale se perfecţionează în raport de parcurgerea etapelor caracteristice gândirii şi limbajului ce se modifică calitativ şi cantitativ în procesul demutizării.

Handicapaţii de auz care nu beneficiază de demutizare au tendinţa de a se izola de auzitori, ceea ce duce la întreţinerea unor relaţii interumane restrânse, cu efecte negative pe linia integrării sociale şi profesionale. Prin izolare se instalează o serie de caracteristici în care copilul handicapat devine timid, dependent, neîncrezător în forţele proprii, anxios, negativist, lipsit de iniţiativă, nemotivat pentru activităţi. În raport, însă, de cantitatea şi calitatea procesului recuperativ asemenea neajunsuri pot fi depăşite şi se pot asigura condiţii normale pentru socializare şi profesionalizare. Activitatea organizată de învăţare imprimă relaţiei dintre cognitiv şi afectiv un astfel de curs încât copilul îşi formează comportamente ce au la bază motivaţii asimilate prin înţelegere şi conştientizare. De aici şi trăirea mai puţin dramatică a deficienţei de care suferă. În acest context, activitatea recuperativ-compensatorie contribuie la reabilitarea socială a handicapaţilor de auz.

4. PROBLEME ALE PROTEZĂRII

Deşi folosirea protezelor auditive este recunoscută ca având un caracter compensator şi contribuie la însuşirea comunicării verbale, apar totuşi unele probleme legate de perioada de vârstă şi dezvoltare mintală ca şi de nivelul afectării auzului. Oricum, aparatura de amplificare îi ajută pe hipoacuzici şi chiar face posibilă şcolarizarea acestora împreună cu auzitorii. Protezării i se recunoaşte eficacitatea, mai cu seamă în hipoacuziile uşoare şi mijlocii, dar ridică o serie de probleme în handicapul auditiv sever şi în utilizarea protezelor la surzii cu resturi auditive. Pentru acestea, audiometriei îi revine sarcina să departajeze cu precizie deficitele auditive şi urechea cea mai puţin afectată. Astfel, măsurarea cu ajutorul audiometrului a nivelului audiţiei se face pentru fiecare ureche în parte. Convenţional, datele obţinute de la urechea dreaptă sunt notate cu un cerculeţ - O - de culoare roşie, iar cele provenite de la urechea stângă, printr-un semn în formă de X, de culoare albastră. Pragul audiţiei trebuie raportat şi la fenomenul lateralităţii acustice, când una din urechi, de obicei cea dreaptă, se manifestă ca fiind mai sensibilă. Protezele cunosc o continuă perfecţionare. Luând în considerare principiul amplificării, ele pot fi împărţite astfel:

- cu amplificarea lineară; se sporeşte nivelul audiţiei cu 30-40 decibeli pe toate frecvenţele;
- cu amplificare selectivă, ce amplifică numai frecvenţele care sunt necesare audibilităţii;
- prin compresie, cu ajutorul cărora se diferenţiază şi selectează frecvenţele utile de cele inutile;

Şi aparatele auditive s-au diversificat în amplificatoare cu lămpi electronice sau tranzistori, în căşti auriculare, în ochelari acustici, în agrafe acustice, în contururi de ureche ş.a. În ultimul timp, pentru facilitatea comunicării la distanţă se foloseşte telefonul bazat pe adaptarea unui vibrator şi a unei chei pentru telegrafia Morse sau telefonul cu ecran video etc.

Referitor la vârsta potrivită pentru protezare, părerile specialiştilor sunt împărţite. Unii susţin ideea că protezarea trebuie să se realizeze cât mai de timpuriu atât pentru obişnuirea copilului cu proteza, cât şi pentru facilitatea achiziţiei limbajului, iar alţii sunt de părere că protezarea trebuie făcută cu precauţie şi la vârste mai mari, motivând aceasta prin faptul că uneori proteza poate duce la deteriorarea auzului. Oricum, eficienţa protezelor este recunoscută şi de către handicapaţii de auz, dar trebuie să se manifeste o anumită grijă în ceea ce priveşte durata utilizării lor şi menţinerea în stare de funcţionare, de curăţenie a aparatului. În acelaşi timp, copilul trebuie obişnuit şi învăţat cum să folosească aparatul şi, mai ales, cum să asculte cu el. În acest sens, se poate vorbi de un adevărat antrenament auditiv din care nu se exclude perioada de adaptare a copilului la prezenţa protezei. Pot apărea şi unele reacţii psihologice negative faţă de folosirea aparatului, dar şi reacţii de neacceptare biologică, atunci cânf fizic, copilul este deranjat sau iritat de aparat.

O dată cu folosirea aparatului, copilul va fi învăţat să localizeze, să discrimineze diferitele sunete, să diferenţieze un zgomot de un sunet cu o anumită semnificaţie, să distingă unităţile verbale de foneme, silabe, cuvinte, ca în final, să înţeleagă mesajul verbal şi să poată răspunde adecvat.

TEME DE CONTROL

1. Descrieţi, succint, principalele etape ale preocupărilor faţă de handicapatul de auz, insistând pe metodele de demutizare utilizate la noi şi în străinătate.
2. Enumeraţi criteriile de clasificare a handicapului de auz şi subliniaţi clasificările mai des folosite.
3. Analizaţi specificul funcţiilor şi proceselor psihice la handicapaţii de auz.
4. Precizaţi rolul protezării şi utilitatea ei.

BCU IAŞI / COMVAK

Capitolul VII

ORGANIZAREA PROCESULUI INSTRUCTIV-EDUCATIV PENTRU HANDICAPAŢII DE AUZ

În organizarea sistemului instructiv-educativ se adoptă structuri şi tehnologii care să răspundă necesităţilor recuperative, în funcţie de profunzimea handicapului şi de potenţialul psihic al subiecţilor. Sistemul de învăţământ este conceput şi pentru handicapaţii de auz ca parte integrantă a sistemului general al educaţiei, dar păstrând înlăuntrul său specificitatea şi diversitatea formelor de intervenţie adaptate la condiţiile copiilor cu care se lucrează. Un asemenea sistem vizează, în egală măsură, factorii informativi, cât şi cei formativi, sociali şi profesionali, profilactici şi terapeutici ce se constituie într-un ansamblu corectiv-recuperativ. Astfel conceput, el dă unitate procesului instrucţiei şi educaţiei, compensării şi reeducării, ajungând la forme superioare de adaptare şi integrare a handicapaţilor. În acest context, vârsta trebuie concepută ca posedând capacitatea pentru transformări cantitative şi calitative ce se concretizează în procesul dezvoltării care nu-i întotdeauna uniform şi continuu, ci poate cunoaşte şi unele perioade critice datorate handicapului sau intervenţiei insuficient structurate.

1. METODOLOGIA DEMUTIZĂRII ŞI ORGANIZAREA UNITĂŢILOR SPECIALE

În ţara noastră, organizarea unităţilor speciale se bazează pe gradul pierderii auzului sau pe forma handicapului.

Astfel, copiii cu o pierdere parţială a auzului (hipoácuzicii) beneficiază, în afara grădiniţelor, de şcoli speciale ca şi cei cu surdo-mutitate. O asemenea organizare a pornit de la faptul că, în şcolile pentru hipoacuzici, metodologia instructivă este relativ asemănătoare cu cea pentru auzitori, în vreme ce în şcolile pentru surdo-muţi structurile adaptate sunt centrate pe procesul demutizării în vederea transformării copilului surdo-mut în surdo-vorbitor. Şi într-un caz şi în altul, ţinând seama de dificultăţile ce le întâmpină copilul handicapat, dinamica procesului instructiv educativ se realizează de la simplu la complex, de la subiectiv la obiectiv, de la prelogic la logic, de la concret la abstract. Desigur, pe fondul acestor obiective

se iau în consideraţie factorii dezvoltării psihice, de cultură şi educaţie, de experienţă şi învăţare, de potenţial restant şi de perspectivă a dezvoltării intelectuale. Aceasta nu înseamnă neglijarea aspectelor motivaţionale şi atitudinale, ele devenind mobil intern al acţiunii copilului care facilitează modelările speciale.

În acest context, organizarea şi dirijarea compensării şi recuperării, ca de altfel a întregului sistem instructiv-educativ, vor lua în consideraţie particularităţile psihice ale copilului şi specificul handicapului său. Ca urmare, tabloul polimorf al handicapului de auz trebuie să ţină seama de starea critică biologică, care creează dificultăţi în planul relaţionării cu lumea înconjurătoare, al echilibrului şi orientării spaţio-temporale; starea critică verbală, ce afectează comunicarea şi accesul la informaţii; starea critică social- afectivă, ce determină stări de frustraţie şi anxietate şi, în fine, starea critică a cogniţiei, manifestată prin retard intelectual ca urmare a accesului redus la cultură.

La unele din aceste aspecte se referă M. Debesse, care descrie caracteristicile gândirii primitive, concrete şi senzorial- motrice la surzi. P. Oléron remarcă nivelul scăzut al înţelegerii surzilor în raport cu capacitatea lor acţională, iar S. Borel-Maisonny exprimă caracterul optimal al învăţământului prin folosire unor metode optime ce pot înlătura retardul intelectual.

Integrarea copilului în activitatea şcolară şi trecerea sa printr-un program de recuperare se bazează pe evaluarea şi diagnosticul capacităţilor sale; în felul acesta se poate ajunge la o apreciere mai corectă a evoluţiei probabile (prognoză). Pentru aceasta, psihodiagnoza trebuie să contribuie la diferenţierea tulburărilor organice de cele funcţionale în producerea handicapului, stabilirea rolului factorilor socio-culturali şi familiali în raport cu cei ereditari, depistarea alor factori etiologici şi estimarea nivelului handicapului (primar, secundar, psihic, senzorial motric) şi nu în ultimul rând adaptarea metodologiei specifice compensativ-recuperative. În felul acesta, procesul compensativ-recuperativ cuprinde învăţarea şi educaţia, ceea ce presupune un anumit nivel de înţelegere şi de participare. Astfel de programe sunt de natură psiho-pedagogică, profesionale şi sociale care folosesc metode şi terapii didactice ocupaţionale şi socio-familiale.

Având în vedere specificul handicapului de auz, unul din obiectivele principale în acest demers este şi acela al demutizării, care prespune un îndelungat proces de învăţare. În cadrul acestuia intervin o serie de factori obiectivi şi subiectivi, o serie de principii şi legităţi. În demutizare se adoptă transmiterea cunoştinţelor atât prin intermediul cuvintelor, cât şi al mijloacelor auxiliare de comunicare, din care se pot desprinde două categorii de asociaţii: lineare, ce au o structură simplă şi ramificate, cu o structură complexă. Asociaţiile lineare se pot realiza prin următoarele modalităţi:

a) - de la imagine se ajunge direct la cuvântul ce o denumeşte, fără să se folosească alte mijloace de comunicare intercalate;

b) - între imaginea şi cuvântul ce o denumeşte se intercalează un mijloc auxiliar;

c) - între imaginea şi cuvântul ce o denumeşte se intercalează două sau mai multe mijloace auxiliare;

d) - între imaginea şi cuvântul ce o denumeşte se intercalează un cuvânt deja cunoscut de copil.

Deşi asociaţiile ramificate respectă principiile enunţate mai sus, ele sunt mai variate, dat fiind faptul că:

a) - între imagine şi cuvinte se intercalează, concomitent, două mijloace auxiliare;

b) - între imagine şi cuvânt se intercalează, concomitent, mai multe mijloace auxiliare.

În aceste forme de asociaţii (ramificate) se creează un avantaj care constă în faptul că ele se menţin toate active şi cu posibilitatea copilului de a le folosi în mod egal, fără preferinţe.

Măiestria specialistului (a demutizatorului) se estimează şi după rapiditatea în care elevul ajunge să asocieze imaginea cu cuvântul, fără să mai treacă prin alte forme, iar prin formarea unor deprinderi de acest fel, surdo-mutul devine surdo-vorbitor.

În ordinea etapelor demutizării şi ale formării vorbirii se pot adapta principii ce se referă la:

- respectarea caracteristicilor naturale de dezvoltare a vorbirii, de la simplu la complex de la uşor la greu, asemănător achiziţiilor limbajului în ontogeneza timpurie;

- învăţarea gradată şi deductivă a sunetelor mai dificil de pronunţat (din cele care nu presupun dificultăţi majore), respectând în felul acesta particularităţile fiziologice şi fonetice;

- învăţarea sunetelor, ca de altfel şi a cuvintelor şi propoziţiilor, se face în succesiune, confruntând aspectele formale cu cele semantice.

2. PROBLEMELE RECUPERĂRII BIOLOGICE, PSIHICE ŞI SOCIALE

În literatura de specialitate contemporană s-a acreditat tot mai mult ideea că recuperarea priveşte şi dezvoltarea auzului (biologic). S-a constatat chiar şi că în formele de cofoză avansată există unele resturi minore de auz ce nu trebuie neglijate. De cele mai multe ori, aceste resturi nu permit discriminarea sunetelor sau a vocii umane, dar prin intermediul lor pot fi percepute unele zgomote sau tonalităţi. La acestea se pot adăuga şi unele semnalări senzoriale pe cale osoasă.

Pe baza acestor caracteristici ale resturilor auditive se pot forma şi dezvolta unele percepţii.

Pentru aceasta, se apelează la surse sonore neverbale, corespunzătoare acuităţii auditive, care au rolul de a pregăti folosira aparatelor de amplificare. Sursele sonore utilizate trebuie să depăşească pragul audibilităţii; pentru aceasta ele vor fi asociate cu acele caracteristici ale calităţii sursei sonore pentru a facilita diferenţierea şi înţelegerea conţinutului în raport cu sursa emitentă. Spre exemplu, surse sonore emise de tobe, trompete, pian, acordeon etc. vor fi reproduse de către copii, ceea ce contribuie la diferenţierea lor. După obţinerea unor astfel de rezultate, se va apela la perceperea vocii umane, a diferenţierii vocii copilului de a adultului, a vocii bărbatului de a femeii etc. Când apar dificultăţi sporite, copilul este pus în situaţia de a percepe cu degetele vibraţiile buzelor, laringelui, toracelui, concomitent cu emiterea vocală, ajungându-se la o cât mai bună înţelegere a carac-

teristicilor sursei sonore. Este indicat să se folosească, pentru început, cuvinte monosilabice şi bisilabice şi numai ulterior, cuvinte obişnuite şi propoziţii, dar toate trebuie să se încadreze în câmpul optim de audiţie al copilului. În stadiul următor, se va insista pe semnificaţia unităţilor sonore folosite, ajungând la însuşirea noţiunilor.

Unde este posibil, antrenamentul senzorial se va baza şi pe folosirea aparaturii de amplificare. Cu aceasta sau fără aceasta, reeducarea trebuie să ţină seama de principiile intuiţiei şi ale accesibilităţii, ceea ce facilitează corelaţia dintre obiect, imagine, cuvânt şi înţelegerea structurilor verbale utilizate.

Recuperarea biologică presupune şi recuperarea psihică şi cea socială. Nivelul dezvoltării psihice şi particularităţile psiho-genetice ale copiilor nu se limitează numai la reabilitarea funcţiei analizatorului deficitar, ci presupune dezvoltarea acelor însuşiri fiziologice (compensatorii) şi ale diferitelor funcţii sau procese psihice, iar în cadrul acestora, dezvoltarea comunicării verbale constituie premisa recuperării psihologice şi inserţiei sociale (prin recuperarea socială). Demutizarea, ca parte componentă a recuperării, presupune formarea şi dezvoltarea nu numai a comunicării orale, dar şi a celei scrise.

Spre deosebire de auzitor, la surdo-mut însuşirea limbajului scris-citit se realizează, concomitent, cu achiziţiile limbajului vorbit. Deşi o asemenea acţiune se prelungeşte pe toată durata şcolarizării, ea trebuie să înceapă de la vârstele precoce, chiar din grădiniţă, prin utilizarea unor elemente grafice şi de abilitate manuală în care trasarea de linii şi contururi, desenele, modelajul, cunoaşterea părţilor corpului devin componente importante ale pregătirii copilului pentru şcoală. La baza acestui proces complex stă formarea deprinderilor de scris-citit în corelaţie permanentă cu înţelegerea mesajelor vorbirii orale şi asocierea repetată a cuvintelor cu obiectele sau acţiunile ce le denumesc.

Asemenea asocieri se fac până când copiii ajung să folosească în mod independent mesajul verbal şi să identifice relaţia dintre fonem şi grafem.

În practica şcolară s-a constatat că atât copiii hipoacuzici, cât şi cei surzi au capacităţi evidente care le îngăduie însuşirea scris-cititurlui; uneori, acestea pot chiar devansa pe acelea legate de perceperea şi formarea pronunţiei în vorbirea orală. Ulterior, se urmăreşte consolidarea deprinderilor de scris-citir, prin exersarea unui material verbal tot mai complex în care creşterea gradată a unităţilor verbale şi înţelegerea acestora se realizează pe etape. Astfel, acestor activităţi li se conferă o valoare compensatorie şi recuperatorie, ele contribuind la relaţionarea copiilor cu cei din jur, prin comunicare, şi la dezvoltarea activităţii psihice, prin achiziţia de informaţii.

În unităţile şcolare pentru handicapaţii de auz s-a acreditat, pe bună dreptate, ideea că învăţarea are un pronunţat caracter informativ şi formativ pentru formele recuperării (biologică, psihică, socială).

Ţinând seama de faptul că handicapaţii senzorial (inclusiv cei de auz) dispun de posibilităţi recuperatorii mai mari decât handicapaţii de intelect, formele ce se aplică pentru învăţare sunt diverse şi mai complexe.

Din această perspectivă, se folosesc forme ale învăţării spontane, dublate de o învăţare organizată, cu accente pe învăţarea cognitivă şi prin continue stimulări ale învăţării afective, morale şi psihocomportamenale. Ca urmare, apar acumulări cantitative şi calitative în viaţa psihică a copilului şi se conturează unele caracteristici ale personalităţii acestuia, care stau la baza componentelor ei stabile.

3. SPECIFICUL INTEGRĂRII SOCIO-PROFESIONALE

Integrarea socială şi profesională se realizează în etape, etape ce depind de calitatea procesului educaţional-recuperativ, cât şi de o serie de factori subiectivi ce privesc dezvoltarea psihică a subiectului, calitatea şi cantitatea dezvoltării psihice, motivaţia şi calităţile voliţionale, atitudinea şi participarea activă, afectivă la procesul în care este implicat.

Rezultă, aşadar, că educatorului îi revine sarcina importantă în organizarea acestor forme de a le imprima un caracter cât mai adecvat posibilităţilor copilului şi de a stimula acele trăsături care devin constituenţi ai structurilor de personalitate. În acest context, educatorul trebuie să formeze un climat afectiv tonifiant, care să înlăture tendinţele frustrante şi anxioase ce conduc la izolare, să determine valorificarea potenţialului psihic, în scopul achiziţionării de abilităţi sociale şi profesionale, toate contribuind la o inserţie a handicapatului în lumea normalilor.

În condiţiile defavorabile de educaţie, handicapatul de auz devine un singuratic sau se izolează de lumea auzitorilor. Acolo unde există preocupări constante pentru educaţie se creează un mediu securizant pentru handicapaţi şi se produc restructurări comportamentale care pun în evidenţă capacităţi nebănuite de inserţie socială. Fără îndoială, acţiunea ce caracterizează un asemenea demers trebuie să înceapă încă din familie şi să continue, prin forme specifice, în instituţiile speciale.

Astfel, literatura de specialitate subliniază o serie de caracteristici ce trebuie avute în vedere încă din perioadele copilăriei mici. Iată câteva:

- stimularea şi formarea capacităţii de comunicare a copiilor atât prin mijloacele verbale, cât şi auxiliare;
- dezvoltarea unor caracteristici ale percepţiei kinestezice, care contribuie la formarea structurilor fonetice ale limbii şi ale scris-citirului, prin învăţarea copilului să coreleze complexul sonor cu pipăitul, cu vibraţiile aparatului fono-articulator, cu particularităţile suflului de aer în emisia vocală, cu perceperea mişcărilor buco-maxilo-faciale etc.);
- dezvoltarea percepţiei vizuale şi formarea capacităţilor de imitare a mişcărilor corpului, ale feţei, ale gurii, ale buzelor ce se produc în emisia verbală;
- dezvoltarea percepţiilor auditive, prin antrenamente şi exerciţii de percepere a unor sunete, cât şi prin amplificarea acestora cu ajutorul protezelor;
- formarea capacităţii de înţelegere a comportamentelor celorlalţi şi facilitarea unor raporturi afective cu cei din jur;
- dezvoltarea atenţiei, a capacităţilor de memorare, reproducere, de motivaţie pentru activism prin jocuri, scene mimate, desene, plimbări;
- dezvoltarea psihică generală, prin facilitarea afirmării expresiei afective şi participarea la comunicare;

- formarea încrederii în sine, a nevoii de participare la viaţa de grup ş.a.

Aceste obiective pot fi îndeplinite cu atât mai bine şi mai repede, cu cât se va ţine seama de particularităţile psiho-individuale ale copiilor şi de demersurile făcute în perioada vârstelor mici.

Se ştie că majoritatea handicapaţilor de auz reuşesc să se integreze bine şi eficint în viaţa socială şi profesională, ajungând la exercitarea unor profesiuni apropiate de cele ale auzitorilor. Trebuie avut în vedere că handicapaţii de auz nu vor fi orientaţi spre acele profesii care solicită, în mod deosebit, auzul şi care pot duce la accidente sau, prin suprasolicitare, la o diminuare a resturilor de auz. Dar handicapaţii de auz, indiferent de gradul handicapului, pot exercita, cu succes, profesiuni ca cele de: tehnician dentar, instalator tehnico-sanitar, croitor, tâmplar, strungar, lăcătuş, bobinator, electrician, zugrav, parchetar etc. De asemenea, pot urma forme de învăţământ tehnic sau liceal (viticultură, apicultură, zootehnie) ori unele forme ale învăţământului universitar.

Astfel, adaptabilitatea sporeşte capacitatea de integrare socială şi profesională, determinând o evoluţie armonioasă a personalităţii.

TEME DE CONTROL

1. Conturaţi caracteristicile şi implicaţiile demersurilor educaţional-recuperative în activităţile cu handicapaţii de aur.
2. Analizaţi, comparativ, particularităţile recuperării biologice, psihologice şi sociale.
3. Evidenţiaţi limitele şi condiţiile care facilitează integrarea socio-profesională a handicapaţilor respectivi.
4. Efectuaţi o analiză de caz pe baza celor constatate în unităţile speciale (în cadrul practicii) sau din cunoaşterea unor subiecţi cu astfel de handicapuri şi prezentaţi caracteristicile psiho-individuale ale acestora.

BCU IAŞI / CENTRU UNIVERSITAR

Capitolul VIII

HANDICAPUL DE VEDERE

Tiflologia, cu subramurile ei, - tiflopsihologia şi tiflopedagogia, face parte integrantă din psihopedagogia specială (defectologia) şi studiază handicapurile de vedere de la cele parţiale (ambliopia) şi până la cele totale (orbirea sau cecitatea). Astfel, sunt vizate particularităţile psihice ale handicapatului de vedere, evoluţia activităţii psihice şi dezvoltarea operaţiilor instrumentale, constituirea structurilor de personalitate în aceste condiţii, ca şi organizarea activităţii instructiv-educative, modelarea handicapului şi dobândirea cunoştinţelor, formarea intereselor gnostice şi dezvoltarea unor abilităţi socio-profesionale integratoare, funcţionalitatea compensatorie şi recuperatorie, în vederea adaptării şi inserţiei sociale.

Tiflopedagogia cuprinde şi o parte specială, denumită tiflometodică, care are în vedere metodologia predării disciplinelor de studiu cuprinse în programa şcolară, iar tiflopsihologia asimilează tiflotehnica cu problematica teoretico-practică, a construirii şi folosirii materialului didactic şi a aparaturii utilizate în instrucţia handicapaţilor de vedere.

1. PROBLEMATICA TIFLOPSIHOLOGIEI ŞI TIFLOPEDAGOGIEI

Ca şi alte ramuri ale psihopedagogiei speciale, tiflologia, (gr. "tiflos" = orb, gr. "logos" = ştiinţă) a cunoscut, în ultima perioadă de timp, o dezvoltare mai accentuată, marcând caracterul interdisciplinar prin corelarea fenomenelor psihologice, pedagogice, sociologice şi medicale în abordarea fenomenelor în handicapul vizual. În activitatea cu handicapaţii vizual se iau în consideraţie nivelul şi gravitatea handicapului, adoptându-se metodologii speciale pentru acei subiecţi lipsiţi complet de vedere (orbi) sau pentru cei cu resturi de vedere, care au o diminuare a acuităţii vizuale centrale cuprinse între 0,05-0,2 (ambliopi). În decursul timpului, specialiştii din domenii diferite au subliniat existenţa unei "psihologii a orbilor", bazată pe comportamentul şi structurile specifice ale acestei categorii de handicapaţi atât de evidente. Din aceasta rezultă şi atitudinea diferită a societăţii manifestată faţă de subiecţii respectivi. Astfel, societăţile primitive îi sacrificau pe

orbii din naştere (ca şi pe cei cu malformaţii somatice), deoarece îi considerau ca întruchipări ale spiritelor rele. În concepţia metempsihozei (reîncarnarea sufletului), brahmanii aveau ideea că orice handicapat ispăşeşte păcatele comise în timpul vieţii trăite anterior de anumite suflete. Deşi spartanii nu aveau asemenea prejudecăţi religioase, ei îi sacrificau totuşi pe handicapaţi pe motivul preocupării pentru instrucţia militară, căreia aceştia nu-i puteau face faţă. În mitologia greacă, zeii din Olimp, călăuziţi de spiritul dreptăţii şi adevărului, pedepseau cu orbirea pe muritorii de rând, care se făceau vinovaţi de trădare în dragoste.

Cu toate acestea, atât în antichitate, cât şi mai târziu, unii nevăzători erau apreciaţi în mod deosebit pentru înţelepciunea lor, consultaţi şi angajaţi ca sfetnici. Despre Homer, autor al Iliadei şi Odiseei, se spune că era nevăzător, iar justiţia era înfăţişată prin chipul zeiţei Atena legată la ochi. Aceeaşi apreciere deosebită pentru competenţa nevăzătorilor l-ar fi determinat pe cunoscutul filosof Democrit (460-370 î.e.n.) ca, la bătrâneţe, să-şi provoace orbirea datorită convingerii că prin aceasta îşi ajută spiritul să pătrundă tot mai adânc în tainele cunoaşterii.

Cercetările moderne de psihopedagogie specială au demonostrat că pierderea vederii sau diminuarea ei are o serie de consecinţe fiziologice şi psihologice în planul comportamental şi al structurii personalităţii handicapatului. În principiu, handicapatul de vedere produce un dezechilibru la nivelul comportamental, ceea ce influenţează negativ relaţiile subiectului cu mediul înconjurător. Dacă la handicapaţii din naştere, deşi apar dificultăţi de relaţionare, tensiunile interioare sunt mai reduse, în handicapul survenit dezechilibrele sunt pregnante, iar frământările dramatice la nivelul personal, îl marchează pe individ toată viaţa. Totuşi într-un mediu securizant, în care domina confortul psihic şi înţelegerea faţă de handicapat, evoluţia personalităţii capătă o serie de caracteristici de tip integrativ cu pronunţate note de adaptare la viaţa socială şi profesională. În aceste condiţii, handicapaţii de vedere cunosc o dezvoltare psihică relativ asemănătoare cu a normalilor şi se pot afirma ca personalităţi în diferite domenii de activitate. Însuşi Aristotel a încercat să explice orbirea, din punct de vedere filozofic, şi a subliniat implicaţiile acesteia în dezvoltarea fiinţei umane.

Komenius a afirmat necesitatea instruirii orbilor, bazându-se pe surprinderea capacităţilor lor psihice, iar filozoful francez Diderot, în lucrarea intitulată "Scrisoare asupra orbilor", face menţiuni importante pentru domeniul tiflopsihologiei (prieteni ai ordinii, cunoaşterea obiectelor cu ajutorul analizatorului tactil, aprecierea cu precizie a timpului prin succesiunea ideilor şi a acţiunilor etc.). Şi în literatura beletristică motivul orbirii a fost subliniat ca limită a deznădejdii şi automutilării, dar şi ca nivel al autodepăşirii şi dezvoltării nelimitate a fiinţei umane.

2. ETIOLOGIA ŞI CLASIFICAREA HANDICAPURILOR DE VEDERE

Există cauze comune pentru toate tipurile de handicap (analizate în capitolele respective), dar şi unele speciale care determină handicapul de vedere şi la care ne referim, în mod sintetic, în continuare. Acestea trebuie raportate la gravitatea

handicapului şi la factorii care favorizează apariţia unor disfuncţionalităţi într-o anumită perioadă de dezvoltare a fiinţei umane.

Etiologia cecităţii şi ambliopiei, raportată la localizarea agentului patogen în diferite segmente ale organului vizual sau a anexelor sale, se referă la:

a) *Tulburările refracţiei oculare* (ametropiile) care împiedică formarea imaginii retiniene normale şi transparenţa adecvată a mediilor refringente. Ca atare, în loc de un ochi cu refracţie normală, ce se numeşte emetrop, apar anomalii ale ochiului, numite ametropii.

Din categoria ametropiilor fac parte: miopia, hipermetropia şi astigmatismul.

În *miopie,* ochiul prezintă anomalii morfo-funcţionale ce determină formarea focarului razelor de lumină în faţa retinei, iar imaginea retiniană devine neclară. Miopul percepe corect obiectele din apropiere dar sunt văzute difuz obiectele de la distanţă. În forma de miopie benignă, evoluţia deficienţei este lentă şi de obicei minoră până la vârsta de circa 20 ani; în schimb în forma de miopie malignă, miopia este progrsivă şi gravă. Miopia este însoţită de degenerescenţa retiniană, hemoragii şi deslipiri de retină etc.

Hipermetropia este o afecţiune de refracţie care determină perceperea difuză a obiectelor din apropiere. Fenomenul respectiv se datorează unei malformaţii oculare şi nu se confundă cu presbiţia, care este o manifestare fiziologică legată de vârstă (45-50 ani).

Astigmatismul are la bază o structură deficitară a corneei şi se asociază, adeseori, cu o ambliopie înnăscută.

b) *Opacităţile mediilor refringente* sau determinate de afecţiunile corneei însoţite de traumatisme grave, procese inflamatorii, distrofii ireversibile, uscarea corneei şi de factori congenitali.

c) *Tulburările retinei* (retinopatiile) pot fi congenitale sau dobândite. Ele diminuează acuitatea vizuală centrală, vederea cromatică şi diurnă ca şi acuitatea vizuală periferică, vederea crepusculară, cu păstrarea relativă a acuităţii vizuale centrale. În această categorie se înscriu atrofia optică, degenerescenţa retiniană ereditară şi ablazia centrului retinei (albinismul şi nictalopia). Retinopatiile dobândite privesc deslipirile de retină, afecţiunile vasculare ale ochiului, bolile generale cu accidente retiniene şi tumorile maligne ale retinei.

d) *Tulburările funcţionalităţii nervului optic şi a căilor optice intracraniene* pot fi localizate în interiorul globului ocular, la nivelul papilei optice, înapoia ochiului. Ele sunt cauzate de procese inflamatorii, modificări degenerative, afecţiuni retropulpare ale nervului optic prin intoxicaţii, tumori, traumatisme, afecţiuni ale traiectului optic, atrofia nervului optic etc.

e) *Tulburările cecităţii corticale* se referă la disfuncţionalitatea centrilor vizuali superiori, prin instalarea unor aşa-numite pete oarbe în câmpul vizual, fenomene de oscilare optică, cecitate psihică şi altele.

f) *Glaucomul* este o tulburare gravă ce apare, în principal, datorită creşterii tensiunii intraoculare şi constituie, adeseori, o cauză a orbirii la vârsta adultă. Afecţiunea are un caracter progresiv deoarece leziunile apărute sunt ireversibile.

g) *Traumatismele oculare* se manifestă sub formă de contuzii, plăgi şi arsuri. Această categorie constituie, în epoca modernă, cauza majoră a multor handicapuri vizuale.

h) *Strabismul* se datorează dezechilibrului în coordonarea globilor oculari şi priveşte nu numai estetica feţei dar şi existenţa handicapului uşor sau grav.

Toate aceste cauze pot fi prevenite în bună măsură, atât prin înlăturarea unor condiţii negative cu acţiune patologică, cât şi prin unele intervenţii medicale sau de ordin psihologic, corectiv-recuperativ, de formare a atitudinilor de igienizare şi de viaţă decentă. Ţinând seama de criteriul etiologic şi corelându-l cu gravitatea handicapului vizual, localizarea şi dinamica handicapului şi a perioadei declanşării acestuia, în tiflogie au fost adoptate unele clasificări care subliniază diminuarea acuităţii vizuale centrale sau periferice ori pierderea totală a acesteia. Prin urmare handicapul vizează o pierdere totală a capacităţii vizuale, determinând orbirea sau o pierdere parţială, producând ambliopia în grade diferite. Totodată, în determinarea gradului handicapului vizual se iau în considerare, pe lângă acuitatea vizuală, şi unele fenomene ce privesc capacităţile vizuale de ansamblu, manifestate printr-o scădere a câmpului vizual binocular, utilizarea practică a resturilor de vedere concretizată în eficienţa şi dinamica capacităţii vizuale. Toate aceste criterii şi clasificări, bazate pe ele, sunt importante pentru terapia medico-pedagogică, iar pentru semnificaţia psihologică, clasificarea după perioada instalării handicapului se concretizează în paradigmele de elaborare a programelor recuperativ-educaţionale, deoarece asemenea momente privesc conservarea sau compensarea unor funcţii, cum ar fi cele senzorial-perceptive, a reprezentărilor, a imaginilor etc. După acest ultim criteriu (al instalării handicapului), se pot desprinde handicapuri congenitale sau survenite (tardive).

În *handicapul congenital*, nevăzătorii nu au reprezentări vizuale, ele nefiind păstrate la copiii la care apar asemenea afecţiuni până la vârsta de 3-4 ani, iar experienţa lor optică este nulă. În schimb, în *handicapul survenit* după circa 4 ani, se păstrează unele imagini vizuale, care au o influenţă deosebită asupra particularităţilor psihologice şi a dezvoltării activităţii psihice. Asemenea imagini şi reprezentări vizuale se păstrează într-o proporţie mai mare în handicapul tardiv care apare la vârste mai târzii.

Pentru domeniul educaţional este deosebit de importantă existenţa unor resturi de vedere şi ele se impun a fi cunoscute de către educator, deoarece predarea cunoştinţelor şi metodologia adoptată trebuie să ia în considerare experienţa senzorială şi capacitatea de reproducere a imaginilor vizuale. Astfel, în condiţiile unor forme de ambliopie, educatorul poate cunoaşte bogăţia şi semnificaţia imaginilor păstrate, prin trecerea copilului printr-o serie de probe simple cum ar fi: probe de identificare a unor obiecte, probe de confecţionare a unor obiecte, probe grafice şi tiflografice, probe motrico-perceptive şi probe verbale. În toate acestea se va apela la forme de identificare şi reproducere, bazate nu numai pe componente vizuale, dar şi pe cele tactil-kinestezice, motrico-kinestezice, verbo-kinestezice etc.

3. CARACTERISTICILE FUNCŢIILOR ŞI PROCESELOR PSIHICE

Aşa cum a rezultat, gravitatea handicapului de vedere, vârsta la care se instalează acesta şi nivelul de dezvoltare psihică a persoanei influenţează evoluţia psihică ulterioară a handicapatului. Dar pe lângă aceste caracteristici de ordin psihologic, handicapul de vedere determină o serie de tulburări de ordin somatic.

Acestea se constituie în grupa unor consecinţe morfofuncţionale şi au efecte secundare deoarece nu este obligatoriu să apară la toate categoriile de handicâpaţi vizual, ele putând, totodată, să fie prevenite sau corectate. Dat fiind faptul că aceste consecinţe există la mulţi handicapaţi, enumerăm câteva. În această ordine de idei, în literatura de specialitate se citează, la unii nevăzători, existenţa unei dimensiuni reduse sau a unei deformări a craniului în raport cu văzătorii, uşoare abateri de la metabolismul apei, dereglări ale metabolismului glucidic, disfuncţii hipofizare, o expresie specifică a feţei, o dezvoltare fizică întârziată şi mai puţin armonioasă, concretizată în atitudini rigide, atitudini cifotice, o aplecare a capului şi gâtului înainte sau lateral, deformări ale coloanei vertebrale în plan frontal (scolioze) sau în plan sagital (cifoze, lordoze), mişcări imprecise, manierisme asimetrice, ticuri, mers slab coordonat şi altele. Aceste fenomene sunt prezente şi la unii ambliopi, dar într-o măsură mai mică şi ele reclamă programe instructiv-educative bazate pe educaţia fizică specială.

Pentru psihopedagogia specială sunt mai semnificative caracteristicile funcţiilor şi proceselor psihice. Componenta vizată nemijlocit este aceea a percepţiei vizuale şi a dificultăţilor în gnoza vizuală. Ea prezintă o serie de caracteristici care depind de gradul şi forma handicapului, vârsta şi dezvoltarea psihică a subiectului. Chiar atunci când se păstrează unele percepţii, imaginile sunt lipsite de precizie, sunt neclare, fragmentate şi frecvent distorsionate. De asemenea, apar dificultăţi în actualizarea lor spontană ca şi în interpretarea şi conştientizarea imaginii, ceea ce determină o scădere a randamentului mintal sau acţional. O anumită scădere a analizei şi sintezei optice se corelează cu existenţa unor retarduri în planul gândirii şi al achiziţiei operaţiilor instrumentale. Trebuie, totuşi, remarcat că percepţia vizuală poate fi antrenată şi poate fi perfecţionată printr-o serie de măsuri bazate, în special, pe compensare, care facilitează o dezvoltare spectaculoasă în utilizarea imaginilor.

Antrenarea şi reeducarea percepţiei vizuale se realizează în corelaţie cu valorificarea altor modalităţi receptive şi în primul rând cu cea tactil-kinestezică, invocându-se, de câte ori este posibil, experienţa optică anterioară a subiectului.

Şi *reprezentările* sunt dependente de integritatea analizatorilor. Dacă la nevăzătorii congenitali imaginile mentale sunt legate de componentele auditive, la nevăzătorii tardivi sau la ambliopi se iau în consideraţie şi urmele păstrate, stimulându-se verbal imaginile mentale existente. Dar, în egală măsură, cantitatea şi calitatea reprezentărilor, volumul şi forţa acestora prezintă un decalaj în raport cu cunoştinţele verbale, fapt reflectat în recunoaşterea unor obiecte sau fenomene şi în capacitatea redusă de actualizare a unor caracteristici definitorii. Acest decalaj se accentuează pe măsura dezvoltării limbajului, a comunicării în genere, şi prin instlarea unui ritm redus în formarea bagajului de imagini în unele domenii mai dificile sau cu înalt caracter abstract.

În acest context nu se indică suplinirea lipsei de reprezentări bazate pe intuiţie prin metode care să stimuleze verbalismul şi operarea excesivă cu "scheme" mentale. Un asemenea procedeu stimulează numai parţial gândirea, deoarece ea este lipsită de suportul intuitiv şi se ajunge la dificultăţi majore în folosirea generalizărilor şi abstractizărilor. Dat fiind faptul că atenţia este relativ bine

dezvoltată la handicapaţii de vedere, activitatea mentală se poate orienta spre acele paliere ce privesc audiţia şi acordarea de semnificaţie extinsă limbajului.

Limbajul are un rol considerabil în compensarea handicapului de vedere, constituindu-se în principala formă de transmitere şi îmbogăţire a experienţei cognitive. Deşi dezvoltarea limbajului este mai lentă faţă de normal, iar manifestarea unor dificultăţi de înţelegere mai pregnantă, ca urmare a disfuncţionalităţilor dintre imaginile obiectelor şi cuvintele care le desemnează, totuşi se pot stimula conduite verbale care să întrunească calităţi veritabile ale acestui instrument principal al activităţii mentale.

În cadrul activităţii psihice, memoria handicapaţilor de vedere este, deseori, invocată ca bucurându-se de calităţi superioare celor ale văzătorului. Cu siguranţă, handicapatul este nevoit să facă apel frecvent la această capacitate, ceea ce constituie un antrenament continuu. În acelaşi timp, se citează nevăzători cu o memorie remarcabilă şi se evidenţiază calităţile de valorificare, prin actualizare, a unui volum imens de date acumulate.

Dacă acordăm importanţa cuvenită antrenamentului şi formelor de compensare, atunci putem afirma că există dezvoltări progresive şi de mare eficienţă în planul memoriei la handicapaţii de vedere comparativ cu văzătorii.

4. SPECIFICUL PROTEZĂRII ŞI COMPENSĂRII

După cum se ştie, în unele forme de ambliopie acuitatea vizuală se remediază parţial, prin folosirea ochelarilor. Pe lângă aceste elemente de protezare, specialiştii au manifestat şi o preocupare pentru construirea unor maşini speciale de scris sau a altora, menite să realizeze un "citit" codificat, prin folosirea unor stimuli verbali; în fine, confecţionarea unor ochelari, bazaţi pe celule fotosensibile, care transformă sursa de lumină în sunet, cu scopul de a facilita orientarea handicapatului în condiţiile de mediu (D. Damaschin).

În afara acestor mijloace, acţiunea recuperatorie se bazează şi pe capacitatea organismului de a se echilibra şi compensa în raport cu condiţiile mediului. Compensaţia exprimă capacitatea sistemului biologic de a realiza rezistenţă la perturbaţii şi de a adopta forme comportamentale care să-i permită o structurare organo-funcţională şi de autocontrol în raport cu influenţele înconjurătoare. Compensaţia se poate realiza prin regenerarea organică (refacerea unor ţesuturi), vicarierea (suplinirea) şi restructurarea funcţională. Edificator pentru aceste forme de compensare este fenomenul de transfer al unor funcţii de la nivelul unui organ afectat la nivelul organului sănătos sau al restructurării funcţionale prin preluarea unor funcţii de către organele sănătoase. În acest context, sistemul nervos central al omului adoptă programe specifice în raport de dotarea de care dispune, de experienţa individului şi de capacitatea de antrenarea (exersare). În timp ce în recuperarea biologică metodele medical-chirurgicale au un rol predominant, în compensarea şi în recuperarea socială a procesului învăţării, formarea unor stereotipuri acţionale şi exersarea unor funcţii devin fundamentale pentru adaptare.

Un exemplu de compensare, manifestat la nivelul funcţiilor psihice, îl poate constitui şi dezvoltarea imaginilor mintale, pe baza proceselor senzoriale auditive, tactil-kinestezice etc., prin organizarea structurilor psihice care se desprind, progresiv, din calităţile perceptiv-verbale, printr-o codificare relativ originală. În acest caz, efortul nevăzătorului este centrat pe exersarea şi dezvoltarea funcţiilor amnezico-verbale, contribuind la compensarea nu numai psihică, dar şi biologică.

TEME DE CONTROL

1. Conturaţi problematica tiflopsihologiei şi tiflopedagogiei în contextul psihopedagogiei speciale.
2. Analizaţi principalele cauze ale handicapurilor de vedere.
3. Analizaţi criteriile de clasificare a handicapurilor de vedere.
4. Enumeraţi principalele caracteristici ale funcţiilor şi proceselor psihice la handicapaţii de vedere.
5. Subliniaţi rolul compensării în adaptarea handicapaţilor.

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul IX

ORGANIZAREA PROCESULUI INSTRUCTIV-EDUCATIV PENTRU HANDICAPAŢII DE VEDERE

Recuperarea şi educarea handicapaţilor de vedere comportă, ca toate tipurile de handicap, un anumit specific; astfel, instrucţia de tip intelectual, însoţită de învăţarea psiho-motrică şi psiho-comportamentală, determină o evoluţie apropiată sau similară persoanelor cu vedere, facilitând forme de adaptare socială şi calificare profesională prin sisteme de învăţământ de toate gradele, inclusiv superior. Desigur, eforturile depuse în procesul instructiv-educativ de copiii cu vedere diminuată sau lipsiţi de această capacitate sunt mai mari şi de durată. Aşadar, în lipsa unor alte deficienţe asociate, handicapaţii de vedere pot ajunge la o dezvoltare psihică asemănătoare cu a persoanelor normale.

1. PROBLEMATICA PSIHOPEDAGOGICĂ A ÎNVĂŢĂRII SCRIS-CITITULUI ÎN BRAILLE

Ambliopii învaţă în sistemul scrierii obişnuite (alb-negru) cu excepţia acelora care manifestă afecţiuni ce duc, iremediabil la orbire. În clasele de ambliopi sau în şcolile speciale pentru aceştia se folosesc materiale didactice specifice, cum ar fi o înclinare a meselor în aşa fel încât vizualizarea să fie maximă, cu o iluminare a sălilor cât mai bună (pe cât posibil naturală). Există unele caiete sau cărţi care permit trasarea corpului grafemelor încât ele pot fi percepute şi vizualizate, fără un efort prea mare. Materialul intuitiv utilizat pentru exemplificarea unor elemente ale obiectelor sau fenomenelor trebuie să fie şi el bine conturat pentru a facilita percepţia.

În schimb, nevăzătorii se folosesc de un sistem special de scriere şi citire în care funcţia dominantă este deţinută de analizatorul tactil-kinestezic. Preocupările pentru a crea o scriere accesibilă orbilor datează din perioadele cele mai vechi. La început, se foloseau noduri pe şnururi care, prin distanţă şi grosime, căpătau semnificaţia unor litere. În acelaşi timp se utilizau scrierile transpuse pe o placă în relief sau au fost create semne convenţionale care suplineau literele obişnuite, dar toate acestea aveau un caracter limitativ pentru comunicare.

Un salt calitativ s-a realizat prin crearea unui sistem logic închegat de litere şi semne punctiforme de către Louis Braille (în 1809), el însuşi nevăzător în urma unui accident. Autorul s-a inspirat din aşa numita "scriere secretă" a unui căpitan din armata franceză (Charles Barbeier) ce a fost creată pentru comunicarea în timpul nopţii.

După modelul din care s-a inspirat, Braille reuşeşte să realizeze un alfabet format din 76 semne diferite, fiecare semn fiind alcătuit din unul până la şase puncte (fig. 4). Punctele au o înălţime de 1 mm şi o distanţă din centrul fiecăruia, egală cu 2,5 mm. Aceste caracteristici ale înălţimii şi distanţei corespund pragului maximal al sensibilităţii tactile. Aducând îmbunătăţiri sistemului său, L. Braille a sesizat 64 de combinaţii posibile

ALFABETUL BRAILLE

DECADA I	DECADA II
a	k
b	l
c	m
d	n
e	o
f	p
g	q
h	r
i	s
j	t

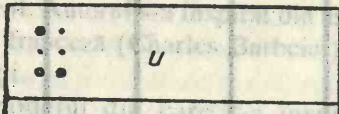
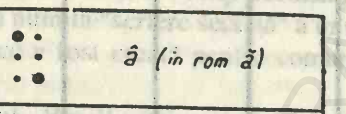
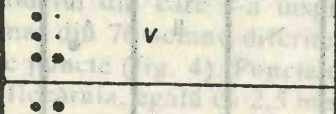
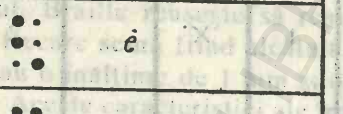
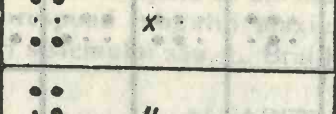
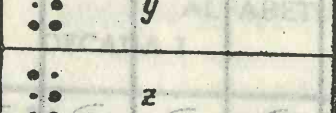
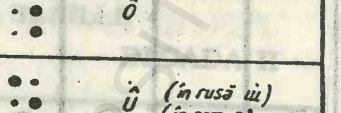
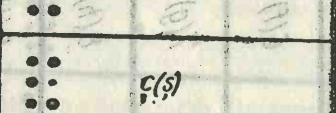
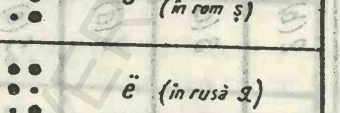
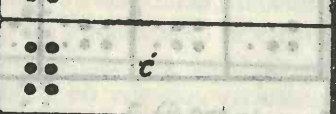
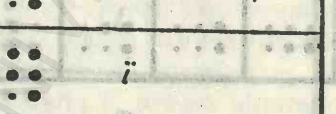
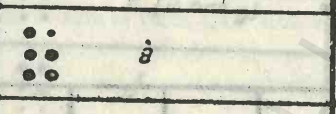
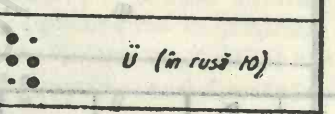
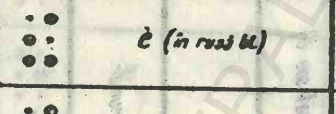
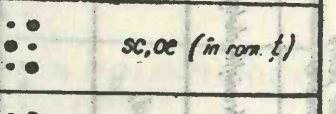
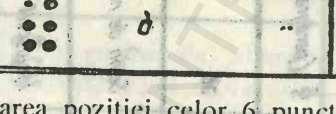
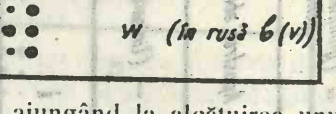
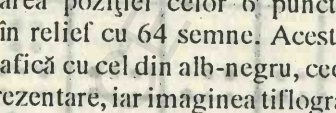
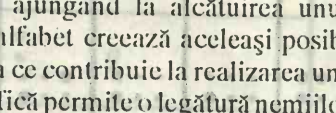
Fig.4: a, b, c, d. Alfabetul Braille

SEMNELE DE PUNCTUATIE

	,		« (ghilimele pentru închidere)
	;		Apostrof, abreviație, dialog
			— (linioară)
			ì
	?		§ (paragraf sau ò)
	/		æ
	( )		Semn de număr
	„ (ghilimele pentru deschidere)		Majusculă
	*		Puncte de suspensie

CIFRELE ŞI SEMNELE MATEMATICE

	1 (a)		+
	2 (b)		−
	3 (c)		×
	4 (d)		
	5 (e)		:
	6 (f)		/
	7 (g)		=
	8 (h)		>
	9 (i)		<
	0 (j)		√

DECADA III		DECADA IV	
	u		â (în rom ă)
	v		ê
	x		î
	y		ô
	z		û (în rusă ы) (în rom ș)
	ç(ş)		ë (în rusă э)
	ć		ï
	à		ü (în rusă ю)
	è (în rusă ш)		sc,oe (în rom. ţ)
	ò		w (în rusă б(v))

prin schimbarea poziţiei celor 6 puncte ajungând la alcătuirea unui alfabet punctiform, în relief cu 64 semne. Acest alfabet creează aceleaşi posibilităţi de exprimare grafică cu cel din alb-negru, ceea ce contribuie la realizarea unui sistem unitar de reprezentare, iar imaginea tiflografică permite o legătură nemijlocită între cuvânt şi imaginea concretă a obiectului, facilitând conceptualizarea. La însuşirea scris-cititului în sistemul Braille participă 4 analizatori de bază: auditiv, verbo-kinestezic, tactil şi kinestezic. Pe baza analizatorului auditiv se realizează discriminarea fonetică şi învăţarea emiterii corecte a sunetelor, iar prin cel verbo-kinestezic se poate descompune cuvântul în foneme şi înţelegerea lui ca unitate semnatică, ceea ce permite transpunerea în scris, sub formă de grafeme, cu ajutorul analizatorilor tactil şi kinestezic. Dar în ansamblu, se manifestă funcţionarea unitară a analizatorilor.

Alfabetul, semnele de punctuaţie, cifrele etc. se realizează în sistemul Braille prin combinarea a şase puncte. Fiecare celulă a plăcii de scris conţine aceste şase puncte dispuse câte trei în două coloane paralele. Vom numerota aceste puncte

astfel: punctul unu - cel din dreapta sus, punctul doi - cel din dreapta mijloc, punctul trei - cel din dreapta jos, punctul patru - cel din stânga sus, punctul cinci - cel din stânga mijloc, punctul şase - cel din stânga jos.

Alfabetul Braille este alcătuit pe principiul decadelor.

Decada I cuprinde următoarele litere: a, b, c, d, e, f, g, h, i, j. Aceste litere se realizează din combinarea punctelor 1, 2, 4, 5, după cum urmează: a - punctul 1; b - punctele 1 şi 2; c - punctele 1 şi 4; d - punctele 1, 4, şi 5; e - punctele 1 şi 5; f - punctele 1, 2, 4; g - punctele 1, 2, 4, 5; h - punctele 1, 2, 5; i - punctele 2, 4; j - punctele 2, 4, 5.

Pentru facilitarea realizării de către cititorul alb-negru a felului în care sunt dispuse punctele ce intră în alcătuirea fiecărei litere Braille, am considerat necesară prezenţa unui grup fundamental în stânga eşantionului de scriere punctiformă pe care l-am dat mai sus.

Decada II cuprinde literele k, l, m, n, o, p, r, s, t, formate din literele primei decade prin adăugarea punctului 3:

a + punctul 3 = k, b + punctul 3 = l, c + punctul 3 = m şi aşa mai departe.

Decada a III-a cuprinde literele u, v, x, y, z (restul de cinci semne ce alcătuiesc decada nu sunt folosite în alfabetul Braille românesc). Aceste grafeme se obţin prin adăugarea punctelor 3 şi 6 la grafemele corespunzătoare din decada I (a, b, c, d, e), după schema:

a + punctele 3 şi 6 = u; b + punctele 3 şi 6 = v; ş.a.m.d. sau, raportându-se la decada a II-a, ele derivă din literele corespunzătoare ale acestei decade (k, l, m, n, o) prin adăugarea punctului 6, conform schemei: k + punctul 6 = u, l + punctul 6 = v, ş.a.m.d.

Decada a IV-a cuprinde în alfabetul Braille românesc literele ă, â, î, ş, ţ, w, care se formează prin adăugarea punctului 6 la semnele corespunzătoare din decada I (a, b, c, e, i, j), după schema: a+ punctul 6 = ă etc. sau raportându-se la decada anterioară prin omiterea punctului 3 de la semnele corespunzătoare decadei a III-a (u, v, x, z, ultimele două semne ale decadei) şi anume: u minus punctul 3 = ă etc.

Marcarea majusculelor se face printr-un semn particular format din punctele 4 şi 6 care preced litera respectivă.

Pentru scrierea cifrelor de la 1 la 10 se folosesc semnele primei decade şi fiecare semn este precedat de un semn particular format din punctele 3, 4, 5, 6.

În scrierea Braille, litera scrisă nu este similară cu litera citită (ca în scrierea alb-negru) deoarece aceasta este opusul imaginii literei scrise. Pentru a facilita scrierea în Braille se foloseşte o plăcuţă cu căsuţe în care se pot înţepa (cu punctatorul) unul sau toate cele 6 puncte, iar litera apare pe partea opusă a hârtiei înţepate (carton sau hârtie cerată). Rezultă că scrierea în Braille se realizează de la dreapta la stânga, astfel încât semnul punctat şi care formează litera să poată fi citit de la stânga la dreapta, prin întoarcerea foii.

Scrierea în Braille se realizează pe verticalitate, iar prin trecerea punctatorului dintr-o căsuţă în alta a plăcii de scris accentuează caracterul de discontinuitate şi de efort al mâinii pentru realizarea grafemelor. Rolul principal, în această formă de scriere, îl are mâna care utilizează punctatorul (de obicei mâna dreaptă), în timp ce mâna stângă urmează mişcările mâinii drepte şi identifică, la întoarcere, rândul ce urmează. Citirea se produce prin analizatorul tactil şi kinestezic al mâinii drepte

care realizează perceperea literelor cu policile degetelor, iar mâna stângă îndeplineşte rolul de control.

Sporirea vitezei de scris ca şi de citit se bazează pe exerciţiu, pe păstrarea sensibilităţii tactile şi pe calităţile hârtiei de scris. Se înţelege că volumul hârtiei de scris este mai mare decât foaia obişnuită pentru scrierea alb-negru atât datorită grosimii, cât şi spaţiilor mai largi dintre grafeme.

Bibliotecile în Braille conţin lucrări din toate domeniile ştiinţei şi artei, elaborate cu ajutorul unor maşini şi tipografii speciale.

În aceste condiţii, *limbajul, în ansamblul său, devine modalitate instrumentală de compensare a handicapului şi influenţează favorabil dezvoltarea psihică, asigurând, în acelaşi timp, recuperarea naturală a subsistemului psihic aflat în stare critică.* În felul acesta se deschide o nouă cale a accesului la cultură şi se realizează, prin intermediul limbajului, un contact complex cu lumea înconjurătoare.

2. DEZVOLTAREA FUNCŢIILOR DE ORIENTARE SPAŢIALĂ ŞI ÎN TIMP LA HANDICAPAŢII DE VEDERE

Pierderea vederii sau diminuarea ei accentuată are o serie de implicaţii şi asupra comportamentului, a modului în care subiectul handicapat se relaţionează cu cei din jur, reuşeşte să aprecieze spaţiul şi timpul, să se orienteze în mediul de viaţă. El este nevoit să-şi restructureze schemele de cunoaştere, bazându-se pe analizatorul auditiv şi tactil kinestezic, fapt ce dă o notă specifică orientării spaţiale în funcţie de o serie de factori care nu prezintă o importanţă semnificativă pentru omul normal. Astfel, prin compensare se dezvoltă armonia mişcărilor şi sensibilizarea faţă de unii stimuli, cum ar fi mişcarea aerului în spaţiile largi sau în intersecţia unor străzi, perceperea unor zgomote şi a unor mirosuri prin apropierea de obiecte sau obstacole etc. Cu toate acestea, libertatea de mişcare în deplasarea handicapatului este redusă şi se creează o situaţie de dependenţă faţă de unii factori (W. Roth). În vederea eliminării unor dereglări de orientare spaţială, handicapatul adoptă un sistem de referinţe prin luarea în consideraţie a unor însuşiri spaţiale sau obiectuale ce acţionează asupra sa atât în planul perceptiv şi al reprezentării, cât şi în cel al gândirii, prin evocarea unor relaţii cauzale şi de semnificaţie acordate diferitelor elemente.

În aprecierea orientării spaţiale şi a comportamentelor adaptative este necesar să se ţină seama de spaţiul apropiat, de obicei localizat la nivelul întinderii de mână, de spaţiul mijlociu, până la întinderea unei lungimi de baston, şi de spaţiul îndepărtat, perceput prin deplasare şi mişcare amplă. După felul în care subiectul realizează orientarea în aceste forme de spaţiu, se apreciază capacitatea de percepere a însuşirilor spaţiale ale obiectelor, dispunerea acestora în spaţiu faţă de poziţia proprie, păstrarea şi restabilirea unei anumite poziţii în spaţiu, orientarea deplasării în raport cu diferitele repere din mediu. Cu siguranţă, orientarea în spaţiu presupune şi cunoaşterea caracteristicilor obiectelor, a elementelor în care se deplasează, cunoaşterea cu atât mai complexă cu cât intervin mai mulţi analizatori ce determină senzaţii variate: tactile, kinestezice, auditive, labirintice, olfactive, proprioceptive etc. La acestea se adaugă particularităţile dezvoltării psihice şi

experienţa individului, care se concretizează în capacitatea de interpretare, de corelare şi ierarhizare a informaţiilor primite.

Impresionaţi de modul cum se orientează în spaţiu handicapaţii de vedere, de localizarea unor obstacole şi de perceperea unor caracteristici ale unor obiecte şi fenomene, o serie de specialişti au încercat să explice aceste fenomene prin existenţa unui simţ în plus (cel de al şaselea simţ) ce ar fi caracteristic pentru nevăzători. În realitate, este vorba de o dezvoltare remarcabilă a analizatorilor sănătoşi şi de o antrenare a acetora printr-un activism şi o motivaţie corespunzătoare care le facilitează adaptarea la condiţii de mediu. În acest sens, impresionează dezvoltarea psihică a unor subiecţi cu dublu handicap, orb-surdomut la care mecanismele compensatorii devin extrem de complexe.

Dereglările posibile ale orientării spaţiale se pot datora unor factori individuali, cum sunt oboseala, slaba capacitate de concentrare a atenţiei, diminuarea auzului, a tactului, a kinestseziei, slaba experienţă personală, teama, slabul interes a unor factori extraindividuali ce se manifestă prin apariţia unor condiţii mai puţin obişnuite, cum sunt zgomotele puternice şi variate, dimensiunile reduse sau exagerate ale obiectelor, plasarea unor obstacole în locuri mai neobişnuite şi altele. De obicei, aceste condiţii nefavorabile nu se înlătură prin folosirea câinilor însoţitori sau prin deplasări frecvente cu persoane normale ci, dimpotrivă, accentuează dependenţa handicapatului de alţi factori conjuncturali. Soluţia este aceea a mobilităţii şi a stimulării dorinţei de cunoaştere, de mişcare, de dezvoltare a curajului şi de stimulare a întregii activităţi psihice.

3. SPECIFICUL INTEGRĂRII SOCIO-PROFESIONALE

Handicapaţii de vedere sunt consideraţi ca "oameni ai ordinii", datorită faptului că apare necesitatea aşezării şi păstrării obiectelor de locuri bine delimitate pentru a putea fi uşor găsite. Ei sunt, totodată, disciplinaţi şi manifestă un autocontrol faţă de comportamentele proprii în vederea realizării unei corelări cât mai adecvate cu cei din jur. Programele de recuperare trebuie să ţină seama de aceste caracteristici, ca şi de dezvoltarea altora prin includerea copilului în aceste activităţi cât mai de timpuriu şi care să ţină seama de caracteristicile individuale şi să continue pe toată durata vieţii individului.

În literatura de specialitate se manifestă, în prezent, două direcţii principale legate de condiţiile şi rolul educării - recuperării handicapaţilor de vedere. Prima direcţie, mai veche, postulează ideea că handicapaţii de vedere trebuie educaţi, instruiţi, pregătiţi pentru viaţa social-profesională în instituţii sau în clase speciale pentru a putea crea şi aplica o metodologie specifică impusă de structurile psihofizice ale subiecţilor respectivi. Integrarea în viaţa socială şi profesională se va produce treptat, pe măsura realizării obiectivelor recuperatorii.

Cea de a doua direcţie susţine ideea de "normalizare" şi de caracterul "integraţionist", ceea ce înseamnă că pregătirea, şcolarizarea handicapatului să se efectueze paralel şi în colective de subiecţi normali, considerându-se, astfel, că se asigură, de la început, o mai bună integrare în viaţa social-profesională.

Desigur, se aduc argumente pro şi contra, atât pentru o direcţie, cât şi pentru cealaltă, dar cert este că trebuie create condiţii speciale pentru realizarea obiectivelor recuperatorii. La noi în ţară, handicapaţii de vedere sunt educaţi şi şcolarizaţi în unităţi speciale; sunt pregătiţi în şcoli profesionale şi licee şi pot urma o instituţie de învăţământ superior la fel ca orice persoană normală. Rezultatele obţinute sunt edificatoare pentru formarea personalităţii şi integrarea social-profesională a subiecţilor. În acest sens, subliniem performanţele obţinute de unii handicapaţi pregătiţi prin şcoli profesionale sau medii tehnice în profesii, ca: masori, asistenţi medicali, prelucrători mobilă, telefonişti, radiofonişti, acordori instrumente muzicale, confecţioneri de perii, obiecte din nuiele, mături, nasturi, ambalaje cartoane, tapiţerie etc. Dar şi mai edificatoare sunt performanţele celor care au o pregătire universitară şi care s-au afirmat ca matematicieni, fizicieni, dascăli cu reale calităţi psiho-pedagogice.

TEME DE CONTROL

1. Comparaţi metodologia înăţării scris-cititului în Braille cu aceea a însuşirii scrisului alb-negru.
2. Analizaţi caracteristicile comportamentale în orientarea spaţială a handicapaţilor de vedere.
3. Subliniaţi condiţiile integrării şi adaptării socio- profesionale ale handicapaţilor de vedere.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul X

HANDICAPURILE DE LIMBAJ

Logopedia, ca ştiinţă, s-a constituit atât din raţiuni practice, cât şi teoretice, făcând posibilă sintetizarea cunoştinţelor despre limbaj şi formulând metodologia specifică educării limbajului tulburat. Logopedia nu este singura ştiinţă care abordează problematica limbajului şi comunicării, dar fiecare o realizează din perspectiva specificului ei, mai mult sau mai puţin unilateral, fără să-şi propună o analiză integrală a fenomenului "limbaj". Cu atât mai mult, nu urmăresc să formuleze legi ori metode de corectare a limbajului tulburat.

Logopedia este, pe de o parte, o disciplină psihopedagogică teoretică, izvorâtă din necesitatea de a elucida complexele probleme ale limbajului ce are un rol deosebit de important în viaţa psihică şi în structurarea personalităţii fiecărui individ, iar pe de altă parte, o disciplină cu un pronunţat caracter practic ce vizează educarea limbajului, optimizarea comunicării, înţelegerii şi restabilirii relaţiilor specific umane.

Constituirea ei a fost posibilă ca urmare a progreselor realizate în domeniul ştiinţelor psihologice şi pedagogice, dar şi în cel al medicinei, fiziologiei, lingvisticii etc.

1. CONSTITUIREA LOGOPEDIEI CA ŞTIINŢĂ

Etimologic, cuvântul logopedie vine de la grecescul "logos", care înseamnă cuvânt şi "paideia", care înseamnă educaţie. În acest sens restrâns, logopedia se ocupă de educare vorbirii, iar în sens extins, de studierea şi dezvoltarea limbajului, de prevenirea şi corectarea tulburărilor de limbaj. Din câte se ştie, primul care a utilizat termenul de logopedie a fost filosoful Socrate (436-388 î.e.n.), dar se reţine accepţiunea modernă a termenului pe care a adoptat-o Emil Froschels (1909).

Ca toate celelalte ştiinţe, ce se sprijină pe datele acumulate în domeniile apropiate, şi logopedia asimilează o serie de informaţii din psihologie şi în primul rând din psihologia limbajului, surdopsihologie, oligrofenopsihologie, tiflopsihologie, psihologie medicală şi psihopatologie, psihofiziologie şi neuropsihologie, psiholingvistică, lingvistică etc. Practica logopedică implică cunoaşterea

particularităţilor psihologice ale formării şi evoluţiei limbajului, caracteristicile psihopedagogice ale dezvoltării psihismului şi activităţii educative cu diferite categorii de handicapaţi, implicaţiile deprivării senzoriale şi mentale asupra psihicului, structura şi organizarea aparatului fonoarticular, poziţia şi forma corectă în emisia verbală, regulile gramaticale şi stilistice ale elaborării scrisciitului ş.a. La rândul său, logopedia pune la dispoziţia acestor ştiinţe informaţii utile cu privire la prevenirea, formarea şi corectarea limbajului tulburat, teoretizează pe baza activităţii concrete şi îmbogăţeşte metodologia de formare a vorbirii, de stimulare a înţelegerii comunicării şi de dezvoltare a personalităţii armonioase.

Preocupările legate de formarea vorbirii coerente şi înlăturarea unor eventuale handicapuri au preocupat pe oameni de foarte multă vreme. Spre exemplu, grecii antici aveau un cult deosebit pentru vorbire şi oratorie. Se credea în arta de a vorbi frumos, cursiv şi cât mai pe înţelesul auditoriului, ceea ce a ridicat vorbirea la un rang de cinste, asigurând oratorului o poziţie socială favorabilă. Operele lui Plutarh, Herodot, Heraclit, Platon, Aristotel, Hipocrat conţin consideraţii interesante cu privire la preocupările societăţii antice de a forma şi dezvolta, la toţi membrii ei, o vorbire cât mai agreabilă şi mai eficientă. Descrierea pe care o face Plutarh, în "Vieţi paralele", lui Demostene, ilustrează, strălucit, posibilităţile de modelare a vorbirii sub influenţa unor exerciţii şi a psihoterapiei. Rezultă că Demostene suferea de o bâlbâială accentuată, cu implicaţii în planul interior, marcându-l ca timid, centrat pe sine, necomunicativ, dar prin voinţă şi exerciţii sistematice de dezvoltare a vorbirii ajunge nu numai să scape de handicapul respectiv, dar şi să-şi transforme întreaga personalitate, devenind marele orator al antichităţii.

Aceeaşi preţuire a vorbirii o găsim, mai târziu, la romani prin glasul lui Cicero care în lucrarea "De oratorie" scrie: "dacă nu depinde de noi să avem un glas frumos, de noi depinde să-l cultivăm şi să-l fortificăm, să studiem toate treptele de la sunetele grave până la cele mai înalte". Ulterior, în evul mediu, cu toate oprimările la care este supusă ştiinţa, se evidenţiază unele idei pozitive. Astfel, în "Canonul medicinii", Aviceena notează o serie de exerciţii utilizate în scopul reglării respiraţiei şi vocii ce sunt adoptate, şi în prezent, în corectarea bâlbâielii.

Progresele din secolele XVIII-XIX, cunoscute în toate domeniile, şi în special marele având al ştiinţelor naturii, au stimulat dezvoltarea unor noi domenii de activitate şi coonturarea altor discipline ce s-au desprins din corpul ştiinţelor fundamentale. Lucrările de logopedie sunt tot mai frecvente, şi creşte interesul pentru corectarea handicapurilor de limbaj.

În ţara noastră, o cronică din 1835 vorbeşte de vindecarea gângăviei, dar practica logopedică s-a legiferat mult mai târziu, în 1949 şi apoi în 1957. Mai întâi iau fiinţă cabinetele logopedice în policlinici şi în unele spitale, iar apoi centrele logopedice interşcolare şi cabinetele din unităţile speciale pentru handicapaţi.

Constituită pe deplin ca ştiinţă în prima decadă a secolului al XX-lea, logopedia îşi delimitează domeniul faţă de foniatrie, termen apărut în unele clinici (O.R.L.), din nevoia preocupărilor faţă de tulburările de voce. Astfel, unii specialişti consideră că foniatria are ca domeniu aparte - întreţinerea organelor fonatoare şi patologia vocală, iar alţii ca pe o specializare a logopediei. În prezent, sfera logopediei se extinde asupra tuturor tulburărilor de limbaj şi a studiului comunicării în cadrul relaţiilor interumane de dezvoltare a personalităţii.

2. IMPORTANŢA TEORETICĂ ŞI PRACTICĂ A LOGOPEDIEI

În condiţiile contemporane, se manifestă o exigenţă tot mai mare faţă de modalităţile de înţelegere, recepţionare şi comunicare pentru adaptarea şi integrarea persoanelor în mediul social. Însuşi procesul instructiv-educativ impune, cu necesitate, formarea şi dezvoltarea unor capacităţi verbale care să faciliteze învăţarea şi accesul la cultură, a deprinderilor de comunicare optimă şi eficientă.

Aşadar, logopedia are, prin excelenţă, un caracter aplicativ: de prevenire şi înlăturare a tulburărilor de limbaj în vederea dezvoltării psihice generale a persoanei, de a stabili sau restabili relaţiile cu semenii săi, de a facilita inserţia în colectiv, de a se forma şi dezvolta pe măsura disponibilităţilor sale. Activitatea logopedică este centrată, în special asupra copiilor nu numai datorită frecvenţei mai mari a handicapurilor de limbaj, dar şi pentru faptul că la aceştia vorbirea este în continuă structurare şi dezvoltare, iar dereglările apărute au tendinţa, ca o dată cu trecerea timpului, să se consolideze şi să se agraveze sub forma unor deprinderi deficitare, ceea ce necesită un efort mai mare pentru corectarea lor.

Logopedia are, în primul rând, un scop educativ; ea contribuie la formarea omului, îl ajută pe copil să depăşească dificultăţile şcolare şi de adaptare. Din aceeaşi perspectivă sunt, în egală măsură, semnificative demersurile pentru prevenirea handicapurilor de limbaj şi terapia lor. Vârstele preşcolară şi şcolară mică sunt cele mai favorabile pentru o acţiune logopedică eficace. Desigur că handicapurile limbajului pot şi trebuie să fie corectate şi la vârstele adulte, mai cu seamă că ele duc la dezadaptabilităţi sociale, la tulburări de personalitate şi pot perturba poziţia socială a persoanei.

Din punct de vedere teoretic, logopedia acumulează un bogat material informativ cu privire la psihologia limbajului şi pedagogia curativă, material obţinut prin decelarea unor variabile de tipul experimentului natural provocat de situaţia critică a logopatului.

Pe baza semnificaţiilor teoretice şi practice, obiectivele logopediei se pot grupa astfel:

a) studierea şi asigurarea unui climat favorabil al dezvoltării şi stimulării comunicării; b) prevenirea cauzelor care pot determina handicapurile de limbaj; c) studierea simptomatologiei handicapurilor de limbaj şi a metodelor şi procedeelor adecvate corectării lor; d) cunoaşterea şi prevenirea efectelor negative ale handicapurilor asupra comportamentului şi personalităţii logopatului; e) elaborarea unei metodologii de diagnoză şi prognoză diferenţiată în logopedie; f) popularizarea ştiinţei logopedice şi pregătirea familiei şi a şcolii pentru a manifesta înţelegere şi sprijin faţă de logopat; g) formarea unor specialişti logopezi cu o pregătire psihopedagogică, teoretică şi practic-aplicativă care să stăpânească terapia handicapurilor de limbaj; h) studierea şi cunoaşterea diferitelor aspecte ale deficienţelor senzoriale şi mintale ce influenţează constituirea structurilor limbajului; i) optimizarea activităţii logopedice atât pentru terapia handicapurilor de limbaj, cât şi pentru evitarea eşecurilor şcolare şi comportamentale; j) depistarea populaţiei cu deficienţe de limbaj, începând cu vârsta preşcolară şi organizarea activităţii pentru prevenirea şi recuperarea handicapurilor de limbaj.

3. ETIOLOGIA ŞI CLASIFICAREA HANDICAPURILOR DE LIMBAJ

Asupra individului uman acţionează o multitudine de factori dintre care unii sunt nocivi. Aceştia pot influenţa negativ dezvoltarea sa. Dar organismul are o anumită rezistenţă ce îi permite o evoluţie normală şi numai în anumite condiţii aceşti factori determină dereglări psihice. În acest context, analizăm principalele categorii de factori care pot influenţa negativ dezvoltarea limbajului. De aici rezultă necesitatea cunoaşterii unor asemenea cauze nu numai pentru a le preveni, dar şi pentru adoptarea unei metodologii ştiinţifice în stabilirea diagnosticului diferenţial şi a modalităţilor de corectare a limbajului tulburat. În acelaşi timp, subliniem faptul că nu totdeauna se pot stabili, cu exactitate, cauzele care au provocat un handicap sau altul de limbaj şi că de cele mai multe ori la baza unei dereglări sau nedezvoltări normale se află un complex de cauze. Prin urmare, handicapurile de limbaj apar prin acţiunea unor procese complexe în perioada intrauterină a dezvoltării fătului, în timpul naşterii sau după naştere.

Dintre cauzele care pot acţiona în timpul sarcinii citãm: diferitele intoxicaţii şi infecţii, bolile infecţioase ale gravidei, incompatibilitatea factorului Rh, carenţele nutritive, traumele mecanice, care lezează fizic organismul fătului, traumele psihice suferite de gravidă, începând cu neacceptarea psihică a sarcinii şi terminând cu trăirea unor stresuri, frământările interioare, spaime care îşi pun pecetea asupra dezvoltării normale a fătului ş.a. Din categoria cauzelor care acţionează în timpul naşterii menţionăm: naşterile grele şi prelungite, care duc la leziuni ale sistemului nervos central, asfixiile, ce pot determina hemoragii la nivelul scoarţei cerebrale, diferitele traume fizice ş.a. În fine, a treia categorie o constituie cauzele care acţionează după naştere: ele alcătuiesc grupa cea mai mare. Acestea pot fi împărţite în patru categorii:

a) *cauze organice,* care pot fi de natură centrală sau periferică. Ne referim la diferitele traumatisme mecanice care influenţează negativ dezvoltarea sistemului nervos central sau afectează nemijlocit auzul şi organele fonoarticulatorii. În cazul unor leziuni la nivelul sistemului nervos central se pot produce, printre alte tulburări, handicapuri de limbaj ce au o mare varietate. Cu cât zona lezată este mai întinsă sau mai profundă, cu atât tulburările sunt mai complexe, deoarece sunt atinşi mai mulţi centri corticali responsabili pentru diferite funcţii psihice. Aşa, spre exemplu, lezarea timpanului împiedică recepţia corectă a limbajului şi emiterea normală a vorbirii, iar anomaliile dento-maxilo-faciale nu permit o participare sincronizată a tuturor elementelor implicate în procesul vorbirii. O asemenea situaţie se produce şi în prognatism şi progenie ca şi în macroglosie sau microglosie. O anumită frecvenţă o au infecţiile şi intoxicaţiile cu substanţe chimice medicamentoase, cu alcool, care pot afecta organic sau funcţional mecanismele neurofiziologice ale limbajului. Şi unele boli ale primei copilării, ca meningita, encefalita, scarlatina, rujeola, pojarul etc. pot determina handicapuri de limbaj atât pe cale centrală, cât şi periferică.

b) *cauze funcţionale.* Ca urmare a acestor categorii de cauze se vor produce tulburări ale limbajului care privesc atât sfera senzorială (receptoare), cât şi cea motorie (efectoare). Cauzele funcţionale pot afecta oricare din componentele pronunţării: expiraţie, fonaţie, articulaţie. Astfel, apar dereglări ale proceselor de

excitaţie şi inhibiţie, de nutriţie la nivelul cortexului, insuficienţe funcţionale la nivelul sistemului nervos central, insuficienţe ale auzului fonematic care, toate sunt dificil de evidenţiat, dar au implicaţii nemijlocite asupra evoluţiei limbajului.

c) *cauze psiho-neurologice* ce influenţează, mai ales pe acei subiecţi, care, congenital, au o construcţie anatomo-fiziologică cu implicaţii patologice. Asemenea cauze se întâlnesc la subiecţi cu handicap mintal, la alienaţii mintal, la cei cu tulburări de memorie şi de atenţie, la cei cu tulburări ale reprezentărilor optice şi acustice. Din această categorie fac parte şi subiecţii care manifestă neîncredere exagerată în posibilităţile proprii, timiditatea excesivă ca şi supraaprecierea propriei persoane sau infatuarea ce marchează negativ structurarea personalităţii şi a limbajului.

d) *cauze psiho-sociale*. Deşi în literatura de specialitate se insistă mai puţin asupra lor, acestea nu sunt lipsite de importanţă; la o analiză mai atentă vom constata că ele au o frecvenţă relativ mare, iar efectele lor negative împiedică nu numai asupra dezvoltării limbajului, ci şi asupra întregii dezvoltări psihice a omului. Din această categorie fac parte unele metode greşite în educaţie (iatrogeniile şi didactogeniile), slaba stimulare a vorbirii în ontogeneza timpurie, încurajarea copilului mic în folosirea unei vorbiri incorecte pentru amuzamentul părinţilor (adulţilor), toate conducând la formarea unor obişnuinţe deficitare, imitarea unor modele cu o vorbire incorectă în perioada constituirii limbajului, trăirea unor stări conflictuale, stresante, suprasolicitările, care favorizează oboseala excesivă (fenomenele de bilingvism apărute prin obligarea copilului să înveţe o limbă străină înainte de a-şi forma deprinderile necesare în limba maternă) ş.a.

În logopedie există mai multe tipuri de clasificări ale tulburărilor de limbaj. Aceste clasificări sunt efectuate în funcţie de o serie de criterii, cum sunt cel etiologic, lingvistic, morfologic şi simptomatologic. Dar considerarea unui singur criteriu nu permite decât o clasificare unilaterală care vizează numai parţial natura şi varietatea handicapurilor de limbaj. Astfel de clasificări sunt echivoce şi nu cuprind toate categoriile limbajului deteriorat.

Ni se pare mult mai adecvată o clasificare care să ţină seamă de mai multe criterii, în acelaşi timp: anatomo-fiziologic, lingvistic, etiologic, simptomatologic şi psihologic. O astfel de clasificare, elaborată de E. Verza, s-a impus în literatura de specialitate şi ea se rezumă la următoarele categorii:

1. tulburări de pronunţie (dislalie, rinolalie, dizartrie);

2. tulburări de ritm şi fluenţă a vorbirii (bâlbâială), logonevroză, tahilalie, bradilalie, aftongie, tulburări pe bază de coree);

3. tulburări de voce (afonie, disfonie, fonastenie);

4. tulburări ale limbajului citit-scris (dislexie-alexie şi disgrafie-agrafie);

5. tulburări polimorfe (afazie şi alalie);

6. tulburări de dezvoltare a limbajului (mutism psihogen, electiv sau voluntar, retard sau întârziere în dezvoltarea generală a vorbirii);

7. tulburări ale limbajului, bazate pe disfuncţiile psihice (dislogii, ecolalii, jargonofazii, bradifazii ş.a.).

O asemenea clasificare este importantă nu numai pentru activitatea de cunoaştere şi terapie logopedică, dar şi pentru diagnoza tulburărilor de limbaj. În activitatea de corectare, diagnosticul diferenţial corect facilitează stabilirea

metodologiei de lucru şi fixarea cadrului general de recuperare. Prognoza se realizează în raport de diagnosticul diferenţial, de particularităţile psihice ale persoanei, de vârstă şi sex. Există şi situaţii când apar dificultăţi în stabilirea diagnosticului diferenţial, dat fiind faptul că unele forme ale handicapurilor de limbaj se pot confunda cu altele. Aşa, spre exemplu, manifestările vorbirii alalicului pot fi confundate cu cele ale vorbirii unor handicapaţi de intelect sever, cu lipsa de vorbire a surdo-muţilor, cu vorbirea dizartricilor, a afazicilor şi a celor cu mutism psihogen. Pentru a evita aceste confuzii, investigaţiile trebuie să continue pe direcţia examenului psihologic şi a altor explorări pe care le consideră necesare specialistul în logopedie.

4. COMUNICARE ŞI INTELECT

Comunicarea se dezvoltă în corelaţie cu celelalte funcţii psihice, deoarece întreaga activitate psihică constituie un tot unitar prin care se realizează interacţiunea individului cu mediul înconjurător. Orice progres sau regres, în evoluţia comunicării (verbale mai ales), stimulează dezvoltarea celorlalte funcţii psihice şi, respectiv limitează armonia de la nivelul operaţionalităţii intelectului. În aprecierea comunicării verbale sunt două caracteristici ce trebuie luate în consideraţie. Prima se referă la capacitatea obiectului de a înţelege ce i se comunică, şi ea este "competenţa" psiholingvistică, iar cea de a doua constă în capacitatea de a utiliza cuvinte, şi poartă denumirea de "performanţă" (după expresia lui N. Chomsky). La copil, înţelegerea limbajului este mai dezvoltată decât posibilitatea de a emite unităţi lingvistice închegate. Cu cât copilul este mai mic cu atât este mai mare distanţa psihologică dintre aceste două capacităţi. O asemenea "distanţă" exprimă spaţiul psihologic dintre limbajul pasiv şi cel activ, care tinde să se reducă pe măsură ce se dezvoltă intelectual şi se acumulează experienţa comunicaţională.

Încă din copilăria mică, odată cu dezvoltarea comunicării verbale, limbajul îndeplineşte tot mai activ funcţia de organizare a activităţii psihice. Prin formarea vorbirii contextuale şi creşterea volumului vocabularului se exprimă mai bine coerenţa, logica ideilor şi se structurează operaţionalitatea la nivelul intelectului, de pe urma cărora beneficiază procesele superioare ale cogniţiei. Bogăţia vocabularului şi experienţa verbală facilitează utilizarea propoziţiilor cu o structură mai complexă şi cu semnificaţii diverse. În această etapă, copilul are posibilitatea să transfere cuvintele şi la situaţiile la care nu au mai fost folosite sau chiar să creeze noi cuvinte atunci când, într-un context dat, nu găseşte imediat corespondentul verbal ce doreşte să-l exprime. Un salt calitativ şi cantitativ îl realizează copilul odată cu intrarea în şcoală deoarece aici îşi dezvoltă vorbirea literară şi capacitatea de a discuta contradictoriu. Un rol deosebit îl are învăţarea scris-cititului care contribuie la organizarea intereselor intelectuale şi la stimularea dinamicii proceselor psihice. Prin diversificarea formelor de exprimare orală şi scrisă se pun în evidenţă şi aspectele legate de creşterea volumului vocabularului, de procesul înţelegerii şi al asimilării informaţiilor în care transpar operaţiile gândirii ce vehiculează cuvinte, denumiri, concepte şi valorizarea trăsăturilor

intelectului. Astfel, se formează nu numai un stil personal al vehiculării ideilor, dar şi un specific al rezolvării problemelor, al valorificării trăsăturilor intelectului. Sunt implicaţi, în egală măsură, factorii sociali şi cei psihologici care contribuie la formarea compartimentelor verbale şi a motivaţiei ce contribuie la dezvoltarea adaptării şi la dobândirea de experienţe noi. Gesturile, mimica şi pantomimica întregesc capacităţile de exprimare, dar reflectă, în acelaşi timp, şi nivelul de dezvoltare al funcţiilor psihice superioare.

Calitatea intelectului nu presupune excesul de verbalism, de comunicare ci o bogăţie de idei exprimate prin cuvinte puţine şi printr-un limbaj accesibil, încărcat de sensuri şi de semnificaţii multiple. Tocmai după aceste calităţi se poate aprecia şi personalitatea subiectului la care însuşirile intelectului şi ale comunicării ocupă un loc central. Capacitatea de a comunica (ca expresie şi impresie) exprimă aceste structuri şi totodată acomodarea subiectului la situaţia concretă, la problematica pusă în discuţie şi la caracteristicile interlocutorilor. Eventualele dereglaje se pot datora slabelor însuşiri ale intelectului şi dezechilibrelor (tulburărilor) din planul limbajului. Aceste dereglaje sunt mai profunde cu cât sunt mai grave tulburările de limbaj sau cu cât sunt mai afectate calităţile intelectului. Pe măsură ce aceste situaţii "critice" sunt înlăturate sau se obţin stimulări în dezvoltare, se realizează progrese evidente pe linia comunicării şi adaptării subiectului la împrejurările vieţii.

Din punct de vedere psihologic, evoluţia comunicării şi a intelectului este asemănătoare cunoaşterii umane, este influenţată de aceasta şi constituie, la rândul ei, mijloc de realizare şi de propulsare a achiziţiilor pe acest plan. Nenumăratele posibilităţi combinatorii pe care le realizează subiectul în planul cunoaşterii denotă varietatea comunicării şi calităţile operaţiilor mintale. Odată cu înaintarea în vârstă a copilului, comunicarea devine tot mai riguroasă, procesele intelectuale tot mai organizate şi ierarhizate şi imprimă un stil propriu în comportamentele cognitive. Prin conştientizarea momentelor comunicării, a efectelor acesteia asupra auditoriului şi a înţelegerii exacte a semnificaţiilor ce sunt vehiculate, prin unităţile verbale folosite, se dezvoltă abilităţile intelectuale şi cele de adaptare la contextul dat.

Trebuie remarcat că prin comunicare sunt exprimate nu numai componentele ce ţin de intelect, ci şi de cele legate de afectivitate, voinţă, motivaţie, temperament etc., ceea ce exprimă complexitatea procesului, complexitate cu caracteristici mai deosebite în raport de nivelul de intelectualizare, reprezentat de cadrul psiholingvistic. Ca urmare a perfecţionării comunicării, se realizează o desprindere de situaţiile concrete şi o încadrare tot mai evidentă în contextul larg al comunicării prin punerea în evidenţă a sistemelor semantice, fenomen specific pentru buna organizare a limbii. Aşa se explică faptul că progresul limbii priveşte conţinutul convenţional, reorganizarea unităţilor reprezentate prin simplificarea semnelor şi stabilirea echivalenţei dintre unităţile exprimate oral şi cele exprimate în scris.

Deşi vorbirea orală este strâns legată de cea scrisă şi, practic, se condiţionează reciproc, în unele situaţii se pot produce decalaje între acestea. Când se înregistrează progrese la nivelul unei forme, influenţele sunt pozitive şi-n cealaltă formă, dar şi când se produc decalaje la nivelul unui comportament, acestea afectează, în ansamblu, comunicarea. Vorbitul, scrisul şi cititul evoluează împreună şi sunt o expresie a particularităţilor psihoindividuale, în care învăţarea

şi maturizarea devin factori determinanţi. Pe baza vorbirii orale se dezvoltă scrierea şi citirea. De obicei, cititul precede scrisul, iar deprinderile de citire se formează mai rapid decât cele de scriere, iar componentele exerciţiului sunt mai direct implicate. În comparaţie cu scriere, prin manifestare, citirea poate fi apreciată ca o formă de "limbaj pasiv". Această caracteristică este numai aparentă deoarece prin exprimare subiectul manifestă un activissm evident, iar prin înţelegere se realizează decodificarea celor percepute, fapt ce devine o condiţie esenţială şi necesară pentru formarea abilităţilor comunicaţionale. Efortul de decodificare se raportează la complexitatea textului, la încărcătura de semnificaţii şi sensuri, la experienţa şi capacitatea intelectuală a subiectului.

Prin urmare, încă din perioada de debut a vieţii, fiinţa umană se dezvoltă, se maturizează, evoluează sub influenţa unor condiţii de natură biologică, psihologică şi socială ce acţionează atât transversal (pe perioade limitate de timp), cât şi longitudinal (pe perioade mai lungi de timp sau pe toată durata vieţii). Condiţiile respective pot fi favorabile, când stimulează întreaga evoluţie, şi nefavorabile sau mai puţin favorabile, când determină limitele sau restricţiile pentru conturarea caracteristicilor de comunicare şi ale intelectului. Pentru subiectul normal, dezvoltarea se realizează de la simplu la complex, ca urmare a faptului că fiecar acumulare este o condiţie a unor achiziţii superioare, iar pentru subieţii aflaţi în stare "critică" evoluţia este încărcată de stagnări, de regrese sau de progrese limitate. Factorii biologici, psihologici şi sociali determină salturi calitative şi cantitative de un anumit grad, în care se exprimă specificitatea ce o traversează fiecare individ. Dominarea tipului de condiţie se raportează nu numai la vârsta cronologică dar şi la nivelul structurilor nervoase ale individului. Modificările din palierul psihologic şi social dimensionează evoluţia biologică, prin susţinerea acestora, sau, dimpotrivă, pot limita acţiunea structurilor potenţiale. În ansamblu, dezvoltarea psihică semnifică un proces continuu de transformări calitative şi cantitative în care este implicat întregul palier al funcţiilor şi caracteristicilor structurilor psihocomportamentale. Din aceasta rezultă dezvoltarea socială cu amprenta formării unor comportamente adaptabile şi a structurării tipurilor de personalitate. În cadrul acestor tipuri de personalitate se conturează seturi ale achiziţiilor biologice, psihologice şi sociale printr-o continuă structurarea a comunicării şi a intelectului. Factorii ereditari, de mediu şi de educaţie îşi pun pecetea asupra evoluţiei individului în ansamblu, a structurării formelor educaţionale şi a operativităţii intelectului în mod specific.

Conţinutul moştenirilor genetice (genotipul) este dimensionat la perspectiva interioară şi la modul de funcţionare a unor particularităţi ale subiectului. Dar conţinutul genotipului este influenţat de mediu, dând naştere fenotipului, astfel încât efectele ce se manifestă se individualizează tot mai mult. Construcţiile predispoziţionale sunt importante pentru adaptarea şi pentru formarea caracteristicilor psihice comportamentale, inclusiv cele ale comunicării şi intelectului, influenţate, la rândul lor, de factorii de mediu. Deşi ereditatea este o premisă pentru dezvoltarea psihică şi socială, calitatea funcţiilor psihice, întinderea şi profunzimea acestora, complexitatea şi gradul de specializare trebuie raportate, în bună măsură, la determinările mediului şi educaţiei. Cu cât funcţiile psihice sunt mai complexe (gândire, inteligenţă, comunicare, imaginaţie, memorie, voinţă etc.), cu atât amprenta mediului şi a educaţiei mijloceşte potenţialitatea ereditară şi organizează, nemijlocit, seturile formative ale acestor particularităţi. Ereditatea determină anumite disponibilităţi care se valorifică, mai mult sau mai puţin, sub influenţa

mediului de viaţă al subiectului. Tocmai aceasta face ca în aprecierea eredităţii să se adopte ideea că ea nu poate predetermina, în afara calităţii mediului, evoluţia omului. Dar orice mediu nu poate forma disponibilităţi în cazurile în care nu există de la naştere anumite condiţii care să permită o anumită restructurare a modalităţilor morfofuncţionale. Ereditatea este, aşadar, implicată în modelul de structurare a caracteristicilor biologice, dar mediul şi educaţia capătă importanţă esenţială în constituirea capacităţilor intelectuale, comunicaţionale şi comportamentale.

Pe baza mediului se construiesc şi se restructurează modele psihologice şi sociale care imprimă o anumită semnificaţie a devenirii umane. Mediul constituit din condiţiile naturale şi sociale, materiale şi culturale este cel ce valorifică zestrea biologică a subiectului. Mediul este cel ce oferă situaţii concrete de viaţă, modele de învăţare şi experienţiale, modalităţi de acţiune şi manifestare, ceea ce denotă stadiul evoluţiei psihice a subiectului. Mediul, prin complexul de factori, permite metamorfozarea şi structurarea personalităţii în ansamblu, a comunicării şi a intelectului în special.

Educaţia, ca latură a mediului, intermediază modul organizat, conştient şi dirijat de acţiune asupra subiectului, încă de la naştere, pentru valorificarea potenţialului său biologic. Perspectiva psiho-socială este implicată nemijlocit în educaţie, în calitatea influenţelor educative şi pune pecetea asupra structurilor, formelor şi afirmării subiectului prin comunicare şi prin forţa intelectului implicată în rezolvarea diferitelor probleme de adaptare.

Din această perspectivă, educatorul poate juca un rol esenţial în evoluţia ulterioară a copilului. El, educatorul, devine nu numai model dar şi forţă în determinarea structurilor comunicării şi operaţionalităţii intelectului. Diferenţele dintre copii, adeseori marcate pe aceste planuri, pot fi raportate atât la calitatea influenţelor educaţionale, cât şi la calitatea structurilor psihice ale educatorului. În acest context, indiferent dacă acţiunile educaţionale sunt spontane sau organizate, ele reflectă modul în care educatorul este implicat în procesul devenirii umane şi al dezvoltării propriilor sale capacităţi de a determina constituirea personalităţii copiilor.

TEME DE CONTROL

1. Arătaţi care sunt momentele mai importante ale constituirii logopediei ca ştiinţă.
2. În ce constă importanţa teoretică şi practică a logopediei?
3. Care sunt principalele categorii etiologice ce determină handicapurile de limbaj?
4. Evidenţiaţi criteriile şi clasificarea handicapurilor de limbaj.
5. Evidenţiaţi importanţa structurilor de comunicare şi de intelect în devenirea umană.

Capitolul XI

DESCRIEREA PRINCIPALELOR HANDICAPURI DE LIMBAJ

Handicapurile de limbaj pot apărea atât pe fondul intelectului normal, cât şi la deficienţii mintal sau senzorial când, de obicei, sunt mai profunde şi mai frecvente. În cazul unor asemenea asocieri, handicapul de limbaj este o formă secundară a unui sindrom complex, dar prin existenţa lui accentuează dificultăţile de recuperare şi adaptare. De aici necesitatea de a cunoaşte, chiar şi succint, principalele categorii ale handicapurilor de limbaj ce se întâlnesc la vârstele preşcolară şi şcolară, ceea ce asigură educatorului posibilitatea de a manifesta atitudini diferenţiate faţă de copii şi de a interveni eficient în procesul recuperativ. Ca atare nu vom descrie toate handicapurile de limbaj prezente în clasificarea din paragraful anterior, ci numai pe cele cu o frecvenţă mai mare şi la care educatoarea sau învăţătoarea poate fi un sprijin remarcabil pentru terapia logopedică desfăşurată de specialist.

1. TULBURĂRI DE ARTICULAŢIE SAU DE PRONUNŢIE

Această categorie are frecvenţa cea mai mare, în special la copiii preşcolari şi şcolarii mici. Prin existenţa tulburărilor respective se creează dificultăţi în emiterea cuvintelor, propoziţiilor şi în înţelegerea celor enunţate. Adeseori, ele se transpun şi în limbajul scris-citit, ceea ce îngreunează formarea deprinderilor grafo-lexice. Dintre aceste tulburări semnificative sunt *dislaliile, rinolaliile şi disartriile.*

Dislalia se remarcă prin frecvenţa cea mai mare în raport cu toate handicapurile de limbaj. Ea poate exista atât la subiecţii normali, din punct de vedere psihic, cât şi la cei cu deficienţe de intelect şi senzoriale, când are şi o incidenţă mai mare. Pentru copilul antepreşcolar tulburările de pronunţie nu constituie semnale de alarmă, în schimb, la vârsta preşcolară se simte nevoia unei intervenţii logopedice pentru a nu permite stabilizarea şi formarea unor deprinderi deficitare de pronunţie. La copilul antepreşcolar, dislalia are o natură fiziologică ca urmare a nedezvoltării suficiente a aparatului fonoarticular şi a sistemelor cerebrale implicate în actul vorbirii. Dar, după vârsta de 3-4 ani, acestea devin suficient de dezvoltate pentru a putea realiza o pronunţie corectă. Manifestarea tulburărilor dislalice şi după

această vârstă denotă existenţa unor cauze nocive care tind să le transforme în obişnuinţe negative mai cu seamă, când dificultăţile de pronunţie persistă pe o perioadă lungă de timp. Dar, dislalia poate apărea şi la vârstele mai mari, datorită unei etiologii complexe încriminată în producerea handicapurilor de limbaj, în genere.

Ca tulburare de articulaţie sau de pronunţie, dislalia se manifestă prin deformarea, omiterea, substituirea şi inversarea sunetelor. În formele grave de dislalie astfel de fenomene se produc şi la nivelul silabelor şi chiar al cuvintelor. Când deficienţele de articulaţie se limitează numai la nivelul unor sunete izolate şi, în genere, se manifestă sub o formă uşoară, ea se numeşte dislalie simplă parţială sau monomorfă. Dar atunci când sunt afectate majoritatea sunetelor şi chiar grupe de silabe, ea poartă denumirea de dislalie polimorfă, iar prin alterarea tuturor sunetelor, a majorităţii silabelor şi a cuvintelor se ajunge la aşa-numita dislalie generală sau totală.

În literatura de specialitate, cu privire la frecvenţa dislaliilor, se fac aprecieri ce diferă de la autor la autor. Frecvenţa şi gravitatea dislaliei se raportează la specificul limbii, la etiologie, la existenţa şi a altor handicapuri şi la particularităţile psihoindividuale ale persoanei. Unii autori (Sheridan) apreciază că la vârsta de 5 ani dislaliile sunt în proporţie de 26%, la fete şi 34%, la băieţi, iar la 8 ani, 15% la fete şi 16% la băieţi, iar alţii (Nikaşina) sunt de părere că printre copiii de clasa I a şcolilor de masă există 19,3% handicapaţi de limbaj. Se poate constata că dislaliile scad, ca frecvenţă, la copiii de vârste mai mari şi datorită faptului că multe din acestea au fost corectate pe parcurs, fie printr-o activitate logopedică calificată, fie prin intervenţia învăţătoarei.

Sunetele mai frecvent afectate sunt cele care apar mai târziu în vorbirea copiilor: vibranta "r", africatele "ce, ge, ţ", siflantele "s, z" şi şuierătoarele ş, j, iar vocalele, şi în primul rând a, e, u, consoanele b, d, t, m, n, care apar de timpuriu în vorbire, sunt sporadic tulburate. La acestea se adaugă şi existenţa unor aşa numite cuvinte "critice" care la handicapaţii de limbaj, prin tensionarea psihică ce o provoacă, creează dificultăţi şi mai mari în planul expresiei verbale (E. Verza).

Dislalia este provocată de o serie de factori printre care amintim: imitarea unor persoane cu o pronunţie deficitară, existenţa mediului educativ nefavorabil, care nu facilitează stimularea vorbirii, încurajarea copilului preşcolar de către adult în pronunţarea peltică (pentru amuzament), ceea ce duce la stabilirea deprinderii greşite, implantarea defectuoasă a dinţilor, diferitele anomalii ale aparatului bucal, cum sunt: despicăturile de buză şi văl, despicăturile maxilo-velo-palatine (cunoscute şi sub numele de buză de iepure şi gură de lup), deficienţe cerebrale, insuficienţa dezvoltării psihice, deficienţe ale auzului, nedezvoltarea auzului fonematic, progenia, prognatismul ş.a. În formele grave de dislalie, unii autori (printre care M. Seeman) sunt de părere că ereditatea poate constitui un factor important pentru explicarea handicapului. Din această perspectivă se consideră că pe linie paternă trăsăturile respective se transmit mai frecvent când li se asociază şi dificultăţi motorii determinate de insuficienţele sistemului nervos central.

Dintre cele mai frecvente dislalii, *grupa sigmatismelor şi a parasigmatismelor ocupă un loc central.* Acestea apar atunci când au loc deformări, substituiri, omisiuni ale sunetelor siflante şi şuierătoare: s, ş, j, z, ţ, ce, ci, ge, gi. La copiii preşcolari şi şcolarii mici, cel mai des se manifestă omisiunile şi deformările, iar la logopaţii mai mari apar deseori şi înlocuirile. Din multiplele forme de sigmatism,

specifice şi limbii române, remarcăm următoarele: a) sigmatism interdental, ce apare ca urmare a pronunţării sunetelor respective cu limba plasată între dinţi. În perioada schimbării dentiţiei, la copil apar frecvent asemenea forme de sigmatism, care dispar - în mod normal - odată cu creşterea dinţilor, dar se fixează ca defect atunci când persistă prea mult sau apar şi alţi factori determinanţi, ca spre exemplu, vegetaţiile adenoide şi slăbirea muşchilor linguali; b) sigmatism lateral, care este de trei feluri: - lateral dexter, când ieşirea aerului se face prin dreapta în loc de mijloc; lateral sinister, în cazul ieşirii aerului prin stânga şi sigmatism bilateral, în care aerul se împrăştie pe ambele părţi. Sigmatismul lateral ia naştere, adeseori, ca urmare a parezei parţiale a nervului hipoglos când cel mai mult este afectată silfanta s, comparativ cu şuierătoarele; c) sigmatism addental, produs prin sprijinirea vârfului limbii pe dinţi, nepermiţând, astfel, aerului să iasă prin spaţiul interdental, cum este normal. Forma respectivă este mai frecventă la hipoacuzici, datorită perceperii deficitare a pronunţiei, ca şi în progenie şi prognatism, deoarece în timpul pronunţiei nu se efectuează sincronizarea adecvată a mişcărilor maxilarelor; d) sigmatism palatal, produs prin pronunţarea sunetelor siflante şi şuierătoare cu vârful limbii retras spre bolta palatină; e) sigmatism strident, manifestat printr-o sonoritate exagerată a siflantelor, producând perturbări la nivelul recepţiei; f) sigmatism nazal, determinat de deficienţe ale palatului moale care nu-şi poate îndeplini funcţia normală, imprimând astfel scurgerea aerului, parţial sau total, prin intermediul căilor nazale. Sigmatismul de acest tip apare în despicăturile palatine şi la cei cu un palat prea rigid.

O altă formă dislalică, cu o frecvenţă mare, este rotacismul şi pararotacismul: constă în deformarea, omisiunea, inversiunea şi înlocuirea sunetului "r". Consoana "r" apare, de obicei, în vorbirea copilului în urma sunetelor siflante şi şuierătoare, iar emisiunea lui corectă presupune o anumită dezvoltare a aparatului fonoarticular şi mişcări fine de sincronizare. Din aceste motive, la majoritatea copiilor antepreşcolari se produce afectarea sunetului "r" sau se înlocuieşte cu "l" şi mai rar cu "d, h, v".

La baza producerii rotacismului şi pararotacismului stau anomaliile anatomice şi funcţionale ale limbii, cum ar fi micro şi macroglosia limbii, frenul prea scurt sau prea lung al limbii, leziuni ale nervului hipoglos ca şi deficienţele auzului fizic şi fonematic, imitaţiile deficientare ale pronunţiei celor din anturajul copilului, existenţa unor factori negativi de natură psiho-socială şi culturală etc.

Ca şi în cazul sigmatismului, adoptând criteriul simptomalogic şi etiologic, cele mai frecvente forme de rotacism sunt: a) rotacism interdental - ce ia naştere prin pronunţarea sunetului r cu vibrarea vârfului limbii sprijinit pe incisivii superiori sau mai rar, prin atingerea limbii de buza superioară în timpul vibrării acesteia; b) rotacism labial - realizat printr-un joc uşor al limbii şi vibrarea buzelor; c) rotacism labiodental - apare prin vibrarea buzei superioare în atingere cu incisivii inferiori sau vibrarea buzei inferioare în momentul atingerii incisivilor superiori; d) rotacismul apical - recunoscut după faptul că limba se află în momentul pronunţiei lipită de alveole, ceea ce nu-i permite să vibreze suficient; e) rotacism velar, în care nu vibrează vârful limbii aşa cum este normal ci vălul palatin; f) rotacism nazal - datorat faptului că orificiul palatofaringian nu se închide suficient, ceea ce face să

se producă vibraţii la nivelul părţii posterioare a palatului moale şi peretelui posterior al faringelui, iar emisia lui r este stridentă, cu caracteristici nazale; g) rotacism uvular - produs prin vibrarea uvulei în articulaţia sunetului r; şi h) rotacism bucal - format prin scurgerea aerului pe spaţiile dintre părţile laterale ale limbii, forţând obrajii să intre în vibraţie şi dând o notă dezagreabilă pronunţiei.

Deşi cu o frecvenţă mai mică, se pot produce tulburări şi ale celorlalte sunete. Dintre acestea amintim: lambdacism şi paralambdacism (când este afectat sunetul l); betacism şi parabetacism (când este afectat sunetul b); capacism şi paracapacism (când este afectat sunetul c); gamacism şi paragamacism (afectarea sunetului g); fitacism şi parafitacism (tulburarea sunetului f); nutacism şi paranutacism (tulburarea sunetului n); hamacism şi parahamacism (tulburarea sunetului h); tetacism şi paratetacism (tulburarea sunetului t); mutacism şi paramutacism (tulburarea sunetului m); vitacism şi paravitacism (tulburarea sunetului v) ş.a. (după E. Verza).

Aşa cum am arătat, vocalele sunt mai rar afectate, iar atunci când se întâlnesc asemenea situaţii poate fi un indiciu al unei dislalii grave sau existenţei şi a altor handicapuri de limbaj, cum sunt disartiile, afaziile, alaliile sau a tulburărilor de ritm. În unele situaţii, emisia sunetelor izolate se poate produce corect, dar apar tulburări la nivelul silabelor şi al cuvintelor. Ca atare, dificultăţile de pronunţie sunt mai accentuate şi se pot asocia cu alte handicapuri de vorbire.

În funcţie de cauzele care stau la baza handicapurilor de pronunţie, dislaliile se împart în organice şi funcţionale. Dislaliile organice, numite şi disglosii, sunt provocate de deficienţele anatomofiziologice de la nivelul aparatului fonoarticular (prognatismul, progenia, despicăturile maxilo-velo-palatine etc.). Există şi aşa-numitele dislalii audiogene, ce sunt determinate de lezarea aparatului auditiv ce nu permite o recepţie normală a vorbirii şi nici un autocontrol al propriei articulări.

Disartria este cea mai gravă dintre tulburările de pronunţie şi este cauzată de afecţiunea căilor centrale şi ale nucleilor nervilor care aparticipă la articulare. Ea se caracterizează printr-o vorbire confuză, disritmică, disfonică, cu rezonanţă nazală şi pronunţie neclară. La disartrici apare şi o serie de complicaţii psihice ce se produc în sfera afectivă, senzorială, mintală, psiho-socială şi motrică. Dată fiind originea sa, disartria se mai numeşte şi dislalie centrală. Din punct de vedere simptomatologic, fenomenele sunt asemănătoare dislaliei obişnuite, dar mult mai grave. Dislalia centrală este mai frecventă la subiecţii cu handicap de intelect. Ea poate fi pusă în evidenţă mai uşor la adulţi faţă de copii.

Rinolalia este o altă formă a tulburărilor de pronunţie. Ea se produce ca urmare a unor malformaţii ce sunt localizate la nivelul vălului palatin sau a insuficienţelor dezvoltării acestuia, determinate de unele boli infecţioase, de vegetaţiile adenoilde, de polipi, de atonia sau paralizia vălului palatin, de despicăturile labio-maxilo-palatine, de hipoacuzie, de funcţionarea defectuoasă a muşchilor sau a vălului palatin, care nu pot deschide traiectul nazal în timpul pronunţării sunetelor nazale etc. În rinolalie se manifestă tulburări de pronunţie specifice dislaliei, dar şi deficienţe ale rezonanţei sunetelor, de fonaţie şi chiar de voce, în cazurile accentuate.

Rinolalia se clasifică în aperta sau deschisă, în care suflul aerului necesar pronunţării sunetelor, parcurge, predominant, calea nazală: clauza sau închisă, când unda expiratorie necesară pronunţării sunetelor nazale (m, n) se scurge pe traiectul bucal şi mixa sau mixtă, în care unda expiratorie trece, alternativ, atât pe cale nazală, cât şi pe traiectul bucal, indiferent de caracteristicile articulatorii ale sunetelor. Deficienţele de pronunţie, ce au loc în rinonalie, prezintă un caracter variat în raport de etiologie, în primul rând, dar şi în funcţie de nivelul de dezvoltare psihică a logopatului, de mediul socio-cultural în care trăieşte şi îşi dezvoltă vorbirea, de caracteristicile de personalitate ale subiectului. Aşa de exemplu, în acelaşi tip de rinonalie, la o persoană se pot întâlni forme uşoare şi parţiale de omisiuni, deformări, confuzii etc., ale unor sunete ca cele din categoria siflantelor şi fricativelor şi mai ales ale celor predominant nazale, în timp ce la alt rinolalic, cu acelaşi diagnostic, pot apărea pe lângă aceste fenomene şi alte tipuri de deformări ale sunetelor, cum ar fi cele labio-dentale, care, în ansamblu, îngreunează inteligibilitatea vorbirii şi dau o notă dezagreabilă acesteia.

2. TULBURĂRI DE RITM ŞI FLUENŢĂ ALE VORBIRII

Aşa cum am văzut, din categoria tulburărilor de ritm şi fluenţă fac parte: bâlbâiala, logonevroza, tahilalia, bradilalia, oftongia, tulburările pe bază de coree ş.a. Acestea sunt tot tulburări ale vorbirii orale, dar sunt mai grave decât tulburările de pronunţie, nu numai prin formele de manifestare, ci mai cu seamă prin efectele negative ce le au asupra personalităţii şi comportamentului persoanei. Bâlbâiala a fost remarcată de către oamenii de ştiinţă din cele mai vechi timpuri, fapt ce a dus la creşterea interesului şi pentru alte tulburări ale limbajului. Bâlbâiala perturbă relaţiile logopatului cu cei din jur şi se prezintă ca un handicap relativ grav. Deşi preocupările faţă de această tulburare au fost intense de-a lungul timpului, explicaţia ştiinţifică, prin evidenţierea simptomatologiei şi etiologiei bâlbâielii ca şi dezvoltarea concepţiei cu privire la terapia complexă în corectarea ei, a fost posibilă abia în secolul nostru, ca urmare a progresului realizat în ştiinţele psihopedagogice, progres realizat şi la nivelul logopediei.

Bâlbâiala se manifestă prin repetarea unor sunete sau silabe la începutul şi mijlocul cuvântului, cu prezentarea unor pauze între acestea sau prin repetarea cuvintelor ori prin apariţia spasmelor la nivelul aparatului fonoarticulator care împiedică desfăşurarea vorbirii ritmice şi cursive. În primul caz, bâlbâiala se numeşte clonică, iar în cel de-al doilea, tonică. Când se manifestă atât prin prima formă, cât şi prin a doua, ea se numeşte mixtă sau clonotonică şi tonoclonică, în funcţie de aspectul care predomină. Repetarea silabelor se produce, în primul rând, pentru cele care necesită un efort mai mare în emisie (pl. bl, cr, sî) sau pentru sunetele ce apar mai târziu în ontogeneză şi sunt mai puţin consolidate (r, s, ş. z). La unii handicapaţi, apar sunete sau silabe parazitare ce sunt intercalate în vorbire, producând un efect dezagreabil. În cazul adulţilor şi adolescenţilor, se poate observa prezenţa unor şiretlicuri, prin folosirea pauzelor exagerate în vorbire, dând impresia că se gândesc la ceea ce spun, dar în realitate se feresc de cuvintele critice şi caută altele cu care să fie înlocuite. Spasmele de la nivelul aparatului fonoar-

ticular sunt însoţite de mişcări uşoare ale buzelor, grimase, încordări ale feţei şi chiar ale întregului corp, gesticulaţii de prisos sau, dimpotrivă, o rigiditate exagerată, o inhibiţie a întregului organism.

În toate formele de bâlbâială apare o serie de reacţii secundare ca efect al încordării şi suprasolicitării nervoase. Printre acestea sunt manifestările neurovegetative, schimbarea culorii feţei, transpiraţia, tulburările de somn, creşte agitaţia şi nervozitatea, respiraţia devine scurtă şi întreruptă, se vorbeşte în timpul inspirului, ceea ce complică şi mai mult bâlbâiala etc. Formele cele mai grave se manifestă la adult şi adolescent. Dar cel mai frecvent bâlbâiala apare între 2 -3 1/2 ani şi, de obicei, poate fi considerată fiziologică - în lipsa unor factori favorizanţi care să o menţină şi să o consolideze. Când persistă şi în perioada preşcolară constituie un semnal de alarmă.

Logonevroza este strâns legată de bâlbâială atât prin natura, cât şi prin forma ei. Din punct de vedere simptomatologic, ele sunt foarte asemănătoare, dar de cele mai multe ori logonevroza este mai accentuată decât bâlbâiala care, apoi, se poate transforma în logonevroză. Bâlbâiala se transformă în logonevroză atunci când există sau apare un fond nevrotic ca urmare a conştientizării handicapului şi a trăirii acestuia ca o dramă, ca un moment de frustrare a posibilităţilor pe care le are individul. Bâlbâiala este un fenomen mai mult de repetare a sunetelor, silabelor şi cuvintelor, iar logonevroza presupune, pe lângă acestea, modificarea atitudinii faţă de vorbire şi de mediul înconjurător în general, prezenţa spasmelor, a grimaselor, a încordării şi a anxietăţii, determinate de teama că va greşi în timpul vorbirii. La persoanele nevrozate sau psihonevrozate, factorii nocivi (mai cu seamă traumele psihice, stresurile) pot provoca direct logonevroza, ceea ce accentuează starea generală de nevrozism.

Etiologia este comună pentru bâlbâială şi logonevroză: apariţia uneia sau alteia depinde de starea psiho-fiziologică a individului, de felul cum trăieşte, în plan psihic, handicapul. Printre cele mai frecvente cauze care pot provoca bâlbâiala se numără: "imitaţiile copiilor mici a unor persoane adulte sau a unor copii ce au un asemenea handicap: învăţarea unei sau a două limbi străine (bilingvismul) înainte de formarea deprinderilor în limba maternă (ceea ce determină o supraîncordare nervoasă, dat fiind faptul că apar dificultăţi în alegerea cuvintelor potrivite pentru exprimarea ideii dorite şi, ca atare, repetarea unor silabe sau sunete până la găsirea cuvântului): traumele psihice, stresurile determinate de emoţii, şoc, sperieturi, spaime, deprimare afectivă, impresia de frustrare, de nedreptate etc.: tulburări ale respiraţiei, manifestate prin apariţia spasmelor respiratorii sau a încercărilor de vorbire în timpul inspirului şi nu a expirului aşa cum este normal; factori de natură ereditară, în care sunt implicaţi, în special, cei ce provin pe linie paternă. În acelaşi context etiologic al bâlbâielii şi logonevrozei se înscriu şi stângăcia sau fenomenele de contrariere a stângăciei care pot sta la baza şi a altor handicapuri de limbaj, cum sunt: dislalia, disgrafia, dislexia, tahilalia, bradilalia, tumultus sermonis. Acest fapt se poate explica prin aceea că în producerea proceselor psihice între cele două emisfere cerebrale se stabilesc raporturi de subordonare, una se manifestă ca dominantă, iar cealaltă ca subordonată. Nu toate funcţiile psihice sunt la fel de localizate în cele două emisfere cerebrale. Astfel, există funcţii puternic

lateralizate, cum sunt limbajul, percepţia muzicii, reprezentarea eului fizic, operaţiile motorii (locomoţia şi manipularea obiectelor) şi funcţii slab latealizate, ca percepţia vizuală, operaţiile mentale (analiză, sinteză, calculul), atenţia, procesele afective (E. Verza, M. Golu). Limbajul, ca funcţie puternic lateralizată, se realizează în una din cele două emisfere: dreaptă - la stângaci şi stângă - la dreptaci. Cercetările efectuate din această perspectivă, ca şi observaţiile asupra evoluţiei din ontogeneza timpurie, au dus la concluzia că pentru constituirea limbajului oral şi scris dominaţia emisferului stâng prezintă o mai mare însemnătate. Aşadar, lateralizarea cerebrală dreaptă, ce este specifică pentru stângaci, implică dificultăţi de natură funcţională care pot duce la apariţia unor handicapuri de limbaj. Datele logopediei vin şi ele să confirme idea de mai sus. Dacă ne referim la copiii stângaci vom constata că apar mai frecvent întârzieri în dezvoltarea limbajului dar şi unele handicapuri.

Noi am constatat că bâlbâiala este şi ea favorizată de lateralitatea stângă, dar totodată denotă caracterul tranzitoriu al stângăciei. Ca atare, odată cu consolidarea dominaţiei emisferului stâng, prin trecerea copilului de la folosirea mâinii stângi la cea dreaptă, bâlbâiala se ameliorează şi se poate corecta mai uşor. O asemenea trecere trebuie făcută treptat, lent, fără forţarea timpului.

Celelalte tulburări de ritm şi fluenţă ale vorbirii pot exista ca sindrom separat, dar şi ca simptom al bâlbâielii. Din acestea, aftongia ia naştere atunci când în muşchii limbii se produce un spasm tonic, de lungă durată, şi însoţeşte de cele mai multe ori bâlbâiala; tulburări de vorbire pe bază de coree (tic, boli ale creierului mic), determinate de ticuri nervoase sau coreice ale muşchilor aparatului fonoarticular, ale fizionomiei ce se manifestă concomitent cu producerea vorbirii: tahilalia, caracteizată printr-o vorbire exagerat de rapidă, apare mai frecvent la persoanele cu instabilitate nervoasă, cu hiperexcitabiliate; bradilalia, opusă tahlilaliei, se manifestă prin vorbire rară, încetinită cu exagerări maxime ale acestor caracteristici în handicapurile accentuate de intelect.

3. TULBURĂRILE DE VOCE

În timp ce tulburările de ritm afectează cadenţa vorbirii, handicapurile de voce perturbă melodicitatea, intensitatea şi timbrul vocii. Una din aceste tulburări este şi mutaţia patologică a vocii. Ea se datorează transformărilor de la nivelul sistemului endocrin, manifestate prin schimbarea funcţiei hipofizare şi prin modificarea hormonilor sexuali care influenţează nu numai structura anatomo-funcţională a laringelui, dar şi modalităţile de reacţionare ale sistemului nervos central care se adaptează lent la condiţiile biomecanice. În cazul tulburărilor endocrine, cum este acromegalia, copilul capătă o voce bărbătească, iar în diferite forme de insuficientă dezvoltare a aparatului (din naştere) apare mutaţia vocii înainte de vârsta obişnuită (la 8-11 ani). Opusul acestui fenomen este întârzierea în procesul de schimbare a vocii, dându-i o notă de infantilism cu prezenţa unei voci bârâite, cu oscilaţii de la un ton la altul.

Şi răguşeala vocală face parte din această categorie şi ea cauzează pierderea expresivităţii şi a forţei vocii. Asemenea cazuri sunt frecvente în îmbolnăvirile laringelui, ale căilor respiratorii (prin răceală, gripe) şi ale ganglionilor fixaţi pe coardele vocale. Răguşeala poate îmbrăca o formă organică, când vocea se îngroaşă şi se întrerupe în timpul vorbirii şi alta funcţională ce determină un caracter şuierat şi înăbuşit al vocii. De obicei, răguşeala funcţională apare în stările emoţionale puternice şi în folosirea excesivă a vocii.

Fonastenia şi pseudofonastenia au de cele mai multe ori o natură funcţională. Folosirea incorectă (în special la cântăreţi) şi abuzivă a vocii (cântăreţi, profesori, oratori), ca şi laringitele, pot da naştere la fonastenie. Pseudofonastenia apare cu o oarecare frecvenţă la unii preşcolari ca urmare a suprasolicitării vocii, dar mai cu seamă în stările emoţionale puternice. În majoritatea cazurilor, fonastenia este însoţită de o serie de dereglări de ordin psihic (frustrare, nesiguranţă, teamă, frică), care o menţin şi chiar o accentuează. Toate formele de fonastenie duc la scăderea intensităţii vocii, pierderea calităţilor muzicale, întreruperea şi rateul vocii, tremurul şi obosirea prea devreme a vocii.

Disfonia apare în urma tulburărilor parţiale ale muşchilor laringelui, ai coardelor vocale şi a anomaliilor constituite prin noduli bucali şi polipi. În această situaţie vocea este falsă, bitonală, monotonă, nazală, tuşită, voalată, scăzută în intensitate, cu timbru inegal etc. Dereglările şi spasmele respiratorii, produse fie ca urmare a tonusului muscular slab, fie pe baza tracului, a emoţiilor, a şocului, a angoasei pot determina instabilitatea vocii, inhibiţia ei, monotonia şi caracterul şters, nediferenţiat sau chiar şoptit.

Afonia este cea mai gravă tulburare de voce. Ea apare în îmbolnăvirile acute şi cronice ale laringelui, cum sunt parezele muşchilor sau procesele inflamatorii. Vocea, în astfel de situaţii, dacă nu dispare complet, se produce numai în şoaptă, din cauza nevibrării coardelor vocale. Iniţial, vocea se manifestă prin răguşeală, scăderea în intensitate, şoptirea ca în final să dispară complet. În cazul acesta se instalează tensiunea, agitaţia şi chiar unele tulburări psihice. Pe de altă parte, afonia poate fi determinată şi de dereglări psihice puternice, prin emoţii şoc, stresuri, complexe de inferioritate, care acţionează pe un fond de hipersensibilitate sau fragilitate a sistemului nervos.

4. TULBURĂRI ALE LIMBAJULUI CITIT-SCRIS

Dislexia şi disgrafia - ca tulburări parţiale ale citit-scrisului - influnţează nemijlocit dezvoltarea psihică a copilului şi mai cu seamă, rezultatele la învăţătură. Însuşirea citit-scrisului, ca achiziţie recentă în condiţiile instruirii, presupune din partea copilului o participare intenţionată, voită, afectivă şi conştientă. Dificultăţile în elaborarea deprinderilor lexo-grafice estompează activitatea şi deregleazâ integrarea socială prin manifestarea - în multe cazuri - a unor comportamente antisociale datorită unor eşecuri şi conflicte permanente (în viaţa şcolară), cât şi datorită instalării unor trăsături caracteriale negative, ca: negativismul, descurajarea, inerţia, nepăsarea, izolarea. La preadolescenţi şi adolescenţi aceste

caracteristicii se accentuează prin prezenţa agresivităţii şi dezinteresului faţă de activitatea intelectuală, în general. Odată cu corectarea dislexo-disgrafiei, aceste fenomene dispar.

Printre cauzele care stau la baza dislexiei şi disgrafiei citãm: insuficienţele funcţionale în elaborarea limbajului, ale îndemânării manuale, ale schemei corporale şi ale ritmului, lipsa omogenităţii în latealizare, stângăcia însoţită de o lateralizare încrucişată, tulburările spaţio-temporale, influenţa ereditãţii, afecţiunile corticale şi, nu în ultimul rând, factorii pedagogici inoportuni, concretizaţi într-o metodologie instructiv-educativă neadecvată.

Dislexia şi disgrafia se manifestă, la şcolar, prin incapacitatea sa paradoxală mai mult sau mai puţin accentuată de a învăţa citirea şi scrierea. În cazul acesta, au loc confuzii constante şi repetate între fonemele asemănătoare acustic, literele şi grafemele lor, inversiuni, adăugiri şi omisiuni, inversiuni şi adăugiri de cuvinte şi chiar de propoziţii, dificultăţi în combinarea cuvintelor în unităţi mai mari de limbaj, tulburări ale lizibilităţii, ale laturii semantice etc. La unii disgrafici, grafemele sunt plasate defectuos în spaţiul paginii, sunt inegale ca mărime şi formă şi, în general, au o orânduire dezordonată. Datorită neîndemânării de a scrie, textul este scurt, lacunar şi fără unitate logică. Din cauza neînţelegerii celor citite şi chiar a propriului lor scris, redarea la dislexici şi disgrafici este lacunară, plină de omisiuni sau, în alte cazuri, conţine adăugiri de elemente ce nu figurau în textul parcurs.

În schimb, citirea şi scrierea cifrelor se face cu uşurinţă şi, în majoritatea cazurilor, fără erori sau cu foarte puţine. Dar şi acest fenomen este profund afectat în alexie şi agrafie, ca tulburări totale ale citit-scrisului.

Caracteristicile dislexo-disgrafiei se grupează în mănunchi de manifestări, în funcţie de etiologia ce le-a determinat, la nivelul achiziţiilor abilităţilor de citit-scris, de vârsta cronologică şi de vârsta mintală a subiecţilor, de particularităţile personalităţii bazale (în special temperamental) etc. Pe baza acestor manifestări se structurează o serie de forme (clasificări) specifice, dintre care mai importante sunt următoarele:

1. *Dislexo-disgrafia specifică sau propriu-zisă.* Se caracterizează printr-o incapacitate paradoxală în învăţarea şi formarea abilităţilor de a citi şi scrie. Apar o serie de dificultăţi pregnante în activităţile de dictare şi compunere, în timp ce la copierea textului, grafemele sunt redate, în majoritatea cazurilor, în mod corect, iar în citire subiectul reuşeşte să silabisească asemănător celui care se află în faza intuitivă de achiziţie a acestui proces. Toţi subiecţii care se află în această categorie nu pot realiza legăturile fireşti dintre simboluri şi grafeme, dintre sunetele auzite şi grafemele ce le desemnează prin scris. Astfel, ei pot scrie o altă literă sau cuvânt faţă de ce aud. Aceste fenomene se accentuează când se produc pe fondul unor dificultăţi de auz sau de vedere, ca urmare a afectării percepţiei auditive sau a percepţiei vizuale a mişcărilor aparatului fono-articulator implicat în actul emiterii verbale.

2. *Dislexo-disgrafia de evoluţie*, de dezvoltare sau structurală este proprie subiecţilor ce nu pot realiza progrese constante şi semnificative în achiziţia

citit-scrisului, deşi aceştia depun un efort voluntar corespunzător. În cazurile date, apar manifestări de tip disortografic mai cu seamă în scris şi dificultăţi de înţelegere a simbolurilor grafice, a literelor, a cuvintelor, a sintagmelor, a textului citit sau scris, în general. O asemenea situaţie generează mai toate fenomenele caracteristice dislexo-disgrafiei.

3. *Dislexo-disgrafia spaţială sau spaţio-temporală* apare ca o citire şi scriere în diagonală. În unele situaţii, subiectul nu reuşeşte să citească rândul până la capăt, astfel încât sare la următoarele rânduri, iar în scris, tinde mai cu seamă spre jumătatea sau spre finalul paginii, la redarea tot mai neclară a cuvintelor şi propoziţiilor fără să se încadreze în liniatura foii de scris. Prin separarea cuvintelor şi propoziţiilor, implozia celor citite sau scrise devine tot mai evidentă.

4. *Dislexo-disgrafia pură sau consecutivă* se manifestă prin întregul cortegiu al fenomenelor descrise şi se extinde la grafemele şi literele prezente în activitatea de citire şi scriere. Este o formă gravă ce se apropie de tulburările totale ale citit-scrisului (alexie-agrafie) şi de obicei apare pe fondul sau în asociaţie cu alte tulburări, cum ar fi afazia, alalia, hipoacuzia, debilitatea mintală.

5. *Dislexo-disgrafia motrică* este freeventă (dar nu obligatorie) la subiecţii cu tulburări de motricitate sau psihomotricitate. Această formă este mai accentuată şi mai evidentă în scris prin manifestări de realizare a grafemelor, cuvintelor şi propoziţiilor în mod tensionat, neglijent, neordonat, neproporţionat, inegal, ilizibil.

6. *Dislexo-disgrafia liniară*, care se aseamănă în unele privinţe cu dislexo-disgrafia spaţială, dar care prezintă şi caracteristici proprii. Acestea din urmă se concretizează în faptul că respectivul logopat manifestă o incapacitate în urmărirea fiecărui rând pe spaţiul paginii de citit şi sărirea de la unul la altul, iar în scris, chiar dacă foaia este liniată, se sar unele spaţii sau se lasă rânduri libere.

În funcţie de specificul limbii, apar şi alte fenomene particulare, care se constituie în forme nu numai de tipul celor de mai sus, dar şi în alte structuri ce capătă o identitate proprie, ceea ce duce la extinderea clasificărilor în tulburările de citit-scris.

Sub raportul conştientizării tulburărilor respective, şcolarii cu astfel de dificultăţi pot fi grupaţi în patru categorii: 1) cei care nu-şi dau seama de deficienţa respectivă, nici la ei şi nici la alţii; 2) cei care sesizează deficienţa la alţii, dar nu şi la ei; 3) cei care îşi dau seama de deficienţa respectivă, dar sunt incapabili de a o înlătura şi 4) cei care manifestă sensibilitate la deficienţă şi fac progrese evidente în corectare (E. Verza).

La elevii nevăzători, care învaţă în Braille, am constatat că manifestările disgrafiei au unele particularităţi specifice, dar caracteristicile generale sunt asemănătoare cu ale disgraficilor ce scriu în alb-negru. Dintre fenomenele comune, atât în scrierea alb-negru, cât şi în Braille, putem cita următoarele: omisiuni de litere şi silabe, omisiuni de cuvinte, propoziţii şi sintagme, contopiri de cuvinte, substituiri de grafeme, substituiri şi deformări de cuvinte, adăugiri de grafeme şi cuvinte, disortografii, rânduri libere sau suprapuse etc.

5. TULBURĂRILE POLIMORFE

Această categorie de tulburări de limbaj, ce cuprinde alalia şi afazia, este de maximă gravitate, cu implicaţii complexe negative nu numai în comunicare şi relaţionarea cu cei din jur, dar şi în evoluţia psihică a logopaţilor. Astfel, alalia afectează atât limbajul impresiv, cât şi pe cel expresiv.

Termenul de alalie vine de la grecescul "alales" care înseamnă fără vorbire sau muţenie. Din cauza aceasta, tulburarea respectivă mai este denumită şi prin termeni de audimutitate, întârziere înnăscută a vorbirii, muţenia auzitorilor ş.a.

Vorbirea alalicilor nu se confundă cu lipsa de vorbire a deficienţilor de intelect profund, a surdomuţilor, a disartricilor sau a afazicilor. Deşi pot exista întârzieri mintale, alalia nu presupune deficit de intelect de tip oligofrenic, dar apar, evident, tulburări de percepţie, întârziere şi neîndemânare motorie. Aceste caracteristici sunt şi în funcţie de forma alaliei. În aşa numita alalie motorie, alalicul înţelege sensul cuvintelor şi îl reţine, dar nu le poate pronunţa. Execută ordinele verbale şi poate arăta obiectele indicate. Poate emite unele sunete nearticulate şi chiar cuvinte mono şi bisilabice. În altă formă de alalie, cea senzorială, dimpotrivă, alalicul nu înţelege sensul vorbirii, dar poate repeta sunete şi unele cuvinte cu o structură mai simplă. Deşi aud bine, au dificultăţi de percepţie a direcţiei sunetelor. Forma cea mai gravă de alalie este cea mixtă, în care predomină, fie caracteristicile din prima, fie din cea de a doua.

Dintre caracteristicile generale, comune, pentru toţi alalicii, indiferent de forma alaliei, menţionăm: lipsa de expresivitate, rigiditatea în mişcări şi comportament, dezinteres pentru activitate, voinţă scăzută, deficite de atenţie şi de percepţie, slaba dezvoltare a motricităţii etc.

Din punct de vedere etiologic, literatura de specialitate citează: alcoolismul părinţilor, rudenia de sânge a părinţilor, sifilisul şi tuberculoza părinţilor, bolile grave repetate (encefalită, varicelă, rahitism), teama şi timiditatea bolnăviciooasă, tonus psihic scăzut, deficienţa generală a motricităţii sau dezvoltarea ei întârziată ş.a.

Cu toată gravitatea acestei tulburări, prognosticul este favorabil şi printr-o activitate logopedică calificată subiectul poate fi recuperat şi integrat social.

În timp ce în alalie, congenital este afectată posibilitatea achiziţiei limbajului, afazia apare după dobândirea comportamentului verbal şi este mai frecventă la vârstele adulte sau la bătrâneţe, dat fiind faptul că persoanele respective sunt supuse mai des factorilor nocivi care o provoacă. Specialiştii i-au acordat cea mai mare importanţă pentru că afazia determină modificări profunde în sfera limbajului (impresiv şi expresiv), iar la nivelul personalităţii se produc destructurări masive.

Afazia este, de obicei, cauzată de leziunile de la nivelul sistemului nervos central şi gravitatea ei este dependentă de întinderea şi profunzimea acestor leziuni. Deşi, în principal, deteriorarea priveşte sfera comportamentului verbal au loc, mai mult sau mai puţin, dereglări la nivelul întregului psihism. Astfel, se pot păstra cuvinte parazite, interjecţiile, înjurăturile şi, în general, limbajul trivial. În acelaşi timp, un cuvânt poate îndeplini rolul de propoziţie, adică se manifestă aşa numitul stil telegrafic în vorbire. La unii afazici apare o vorbire "academică", cu multe

preţiozităţi şi un scris servil ce se remarcă prin înclinare exagerată spre dreapta sau spre stânga, tulburări ale accentului şi agramatisme. Dificultăţile în enumerarea automată, ca şi perseverarea şi aşa numitele "intoxicaţii" cu cuvinte ocupă un loc aparte în vorbirea afaziculuí. Ca tulburări secundare apar afecţiuni ale vocii, dereglări ale respiraţiei şi emoţii exagerate. De cele mai multe ori, acestea se asociază cu o serie de dereglări de la nivelul memoriei. De pildă, la afazic se manifestă o scădere a memoriei, iar reproducerea este mai slabă ca recunoaşterea şi învăţarea. De asemenea, memoria auditivă este mai scăzută decât cea vizuală. Amploarea acestor tulburări din afazie este dependentă şi de caracteristicile personalităţii subiectului înaintea apariţiei afaziei, de instrucţia sa, de cultura ce o posedă, de vârstă etc. Şi eficienţa recuperării se raportează la aceste caracteristici.

6. TULBURĂRILE DE DEZVOLTARE A LIMBAJULUI

Dintre acestea ne referim la două categorii de handicapuri. Astfel, este vorba de mutismul electiv sau voluntar, care se manifestă prin refuzul parţial sau total, din partea copilului, de a comunica cu unele persoane, iar în forme grave, acest refuz se extinde asupra întregului mediu înconjurător. "Muţenia" este temporară, şi poate dura de la câteva săptămâni, la ani de zile. De obicei, mutismul electiv apare la copiii hipersensibili şi este însoţit de tulburări comportamentale în care încăpăţânarea, timiditatea, brutalitatea, irascibilitatea ocupă un loc important. În majoritatea cazurilor, handicapul este determinat de atitudinile greşite în educaţie care traumatizează afectiv copilul. Dar şi emoţiile şoc, stresurile, eşecurile repetate, frustrările pot duce la un astfel de mutism. Deşi nu comunică, copiii cu mutism electiv înţeleg vorbirea şi nu manifestă deficienţe de ordin intelectiv. Dar persistenţa pe o perioadă mai mare a lipsei comunicării duce la rămâneri în urmă pe linia dezvoltării vocabularului şi a exprimării logico-gramaticale, cu repercusiuni în plan intelectiv.

Ca un corolar al handicapurilor de limbaj se înscriu întârzierile în dezvoltarea generală a vorbirii ce se pot întâlni la acei subiecţi care nu reuşesc să atingă nivelul de evoluţie a limbajului conform cu vârsta. De obicei, ele există ca fenomene secundare în mai toate handicapurile de vorbire descrise mai sus, dar se pot manifesta şi de sine stătător. Întârzierile în dezvoltarea vorbirii se recunosc după sărăcia vocabularului şi după neputinţa de a se exprima coerent, logic în propoziţii şi fraze. Frecvent, retardurile verbale cuprind atât aspectele fonetice, lexicale, cât şi gramaticale. Datorită acestor fenomene, înţelegerea vorbirii celor din jur se realizează cu dificultate, ceea ce influenţează negativ evoluţia psihică generală şi comportamentală.

Asemenea retarduri verbale pot fi determinate de: carenţele sistemului nervos central, provocate de hemoragii cerebrale în timpul naşterii, de eventualele boli grave, de lipsa de stimulare a comunicării în perioada primei copilării. Deficienţele senzoriale şi de intelect pot avea efecte similare deoarece nu facilitează o dezvoltare normală a limbajului.

7. TULBURĂRI ALE LIMBAJULUI BAZATE PE DISFUNCŢII PSIHICE

Această categorie are în componenţă o serie de tulburări relativ asemănătoare prin forma de manifestare şi prin efectele negative în exprimarea conţinutului ideativ (dislogii, ecolalii, jargonafazii, bradifazii ş.a.). Caracteristic pentru toate sunt, aşadar, dereglările generale în formulare, expresie verbală deficitară şi reducerea cantitativă a înţelegerii comunicării. Fenomenele de logoree şi de exprimare incoerentă sunt foarte active la această categorie de handicapaţi. Dar având în vedere că dereglările verbale pot fi considerate ca efecte secundare ale disfuncţiilor psihice generale şi că învăţătoarea sau educatoarea este implicată sporatic în activităţi cu asemenea copii, o discuţie mai amplă nu-şi are locul în acest context.

După cum a rezultat, toate tulburările de limbaj au efecte nefavorabile asupra activităţii desfăşurate de logopat şi asupra dezvoltării personalităţii lui. Pentru acestea, cunoaşterea şi înlăturarea lor creează un climat optim în care copilul va evolua armonios.

TEME DE CONTROL

1. Prezentaţi efectele tulburărilor de limbaj asupra structurării comportamentului şi personalităţii logopatului.
2. Evidenţiaţi principalele caracteristici ale fiecărei categorii a tulburărilor de limbaj.

Capitolul XII

TERAPIA HANDICAPURILOR DE LIMBAJ

Activitatea corectiv-recuperativă trebuie să înceapă, în primul rând, cu copiii preşcolari şi şcolari mici pentru a evita transformarea tulburărilor de vorbire în deprinderi greşite şi pentru a înlesni desfăşurarea procesului instructiv-educativ în condiţii adecvate. Pe de altă parte, la vârstele mici tulburările de vorbire sunt mai frecvente, dar şi corectarea lor este mult mai facilă în raport cu perioadele înaintate. Aceasta nu înseamnă că vor fi neglijaţi puberii, adolescenţii şi chiar adulţii care manifestă handicapuri de limbaj, cu atât mai mult cu cât se ştie că la aceştia frământările lăuntrice ce le provoacă sunt mai accentuate şi influenţează negativ structurile de personalitate.

Metodele şi procedeele folosite în terapia logopedică sunt specifice fiecărei categorii de tulburări, iar alegerea lor este în funcţie de fiecare caz în parte, de tipul de handicap şi gravitatea acestuia, de vârsta şi nivelul de dezvoltare psihică ale subiectului, de etiologia şi simptomatologia acestora. Atât educatoarea, cât şi învăţătoarea, trebuie să aibă o evidenţă clară a copiilor cu dificultăţi de vorbire pentru a putea contribui la corectarea lor şi a fi un sprijin eficient al specialistului în logopedie. Stabilirea diagnosticului logopedic este esenţială pentru atitudinea faţă de logopat şi adoptarea complexului terapeutic. Astfel, la fiecare început de an, fişa copilului va fi completată cu date rezultate din examinarea limbajului şi se vor consemna, ulterior, progresele obţinute. Este nevoie pentru început să se surprindă modul de pronunţie a sunetelor mai grele din punct de vedere al emiterii (r, s, ş, ţ, ce, ci, ge, gi etc.), iar atunci când se constată dificultăţi la nivelul acestora, examinarea se extinde şi asupra altora. Apoi, se vor purta discuţii libere, se va cere copilului să alcătuiască o povestire, se vor consulta caietele etc., pentru a putea depista alte eventuale handicapuri de limbaj.

În terapia limbajului tulburat există două categorii mari de metode şi procedee. Dintre acestea, unele sunt generale şi comune pentru toate categoriile de handicapaţi, iar altele sunt specifice şi se adoptă în raport de fiecare caz în parte. Dar în cele mai multe cazuri, ele se aplică combinat şi vizează, în egală măsură, aspectele corective ale limbajului ca şi stimularea activităţii psihice în ansamblu. Unele sunt de competenţa exclusivă a specialistului, dat fiind gradul lor de complexitate şi dificultate. Din prima categorie de metode şi procedee fac parte

acelea care contribuie indirect la corectarea handicapurilor de limbaj şi pregătesc subiectul pentru aplicarea celei de a doua categorii şi anume metodele şi procedeele specific logopedice. Aceasta nu înseamnă că metodele şi procedeele cu caracter general, din prima categorie, nu sunt eficiente, ci dimpotrivă, ele au o mare importanţă pentru întreaga terapie a handicapurilor de limbaj, iar educatoarea şi învăţătoarea au un rol important în aplicarea lor. La acestea ne vom referi în primul rând şi numai la unele din cele din categoria a doua, deoarece ele pot fi aplicate şi în afara cabinetelor logopedice de către educator sau chiar de părinţi, care vor fi iniţiaţi de specialişti. Ca atare, prin intermediul acestor metode şi procedee se pot obţine unele ameliorări în corectarea handicapurilor de limbaj.

1. METODE ŞI PROCEDEE CU CARACTER GENERAL

1.1. EDUCAREA RESPIRAŢIEI ŞI A ECHILIBRULUI DINTRE EXPIRAŢIE ŞI INSPIRAŢIE

Pentru producerea fiecărui sunet este necesar să vibreze coardele vocale. Acestea vibrează în timpul expirului, în proporţii diferite, şi îşi modifică presiunea (ca şi inspirul, de altfel) în emisia sunetelor. De pildă, presiunea expiratorie este mai accentuată în pronunţarea consoanelor surde, comparativ cu emisia celor sonore. Musculatura implicată în actul expiraţiei trebuie exersată mai cu seamă la copii, deoarece ea nu este suficient dezvoltată, iar antrenamentul natural desfăşurat în ontogeneză are la bază o perioadă relativ scurtă. În respitaţia de tip costo-abdominală, specifică sexului masculin, rolul hotărâtor îl au muşchii abdominali şi costali inferiori, iar în respiraţia toracică, prezentă la sexul feminin, muşchii toracali determină activitatea expirului şi inspirului. În multe din handicapurile de limbaj (mai cu seamă în cele de ritm şi fluenţă ale vorbirii) se modifică tipul de respiraţie în sensul că băieţii adoptă o formă asemănătoare cu a fetelor şi invers, fetele iau caracteristicile respiraţiei costo-abdominale. Pe de altă parte, la mulţi logopaţi se manifestă tendinţa de a vorbi şi în timpul inspirului (nu numai al expirului, cum este normal), ceea ce afectează şi mai mult vorbirea. Dar indiferent de tipul de respiraţie, un rol hotărâtor îl joacă controlul nervos în reglarea echilibrului dintre expir şi inspir, echilibru necesar atât pentru emisie, cât şi pentru ritmul vorbirii normale.

La copii încă nu este realizată, în toate cazurile, o diferenţiere netă a respiraţiei în funcţie de sex şi ea nu se defăşoară în mod ritmic. Se constată că în handicapurile de vorbire disritmurile respiratorii se accentuează, iar în unele situaţii chiar aceste dereglări pot determina tulburări de ritm şi fluenţă ale vorbirii. În stările de oboseală sau de tensiune psihică lipsa de sincronizare a expirului şi a inspirului este tot mai accentuată. În asemenea situaţii, handicapurile de vorbire au tendinţa de a se manifesta mai frecvent şi mai pregnant, iar la logopat se instalează o teamă exagerată pentru actul comunicării. Astfel, în vorbirea logopatului apar nu numai neregularităţi în intensitate şi melodicitate, dar şi pauze neregulate în timpul vorbirii (prea scurte sau prea lungi), ceea ce determină un aspect dezagreabil. Spre

exemplu, la cei bâlbâiţi sau dislalici, care au tendinţa de a vorbi şi în timpul inspirului (aşa cum nu este normal), se accentuează logopatia şi oboseala verbală.

Pentru a preveni şi înlătura asemenea dereglări cu efecte negative, în funcţie de vârsta subiectului, se pot folosi o serie de exerciţii care duc la înlăturarea deficienţelor respiratorii şi măresc capacitatea şi volumul respirator. Printre cele mai însemnate sunt jocurile în aer liber, gimnastica urmată de expir şi inspir prelungit, suflarea în spirometru, umflarea balonului (pentru dezvoltarea capacităţii toracice), expirarea şi inspirara alternativă pe gură şi pe nas, exerciţii de respiraţie, efectuate odată cu pronunţarea sunetelor sau a cuvintelor, prin cânt şi recitare a poeziilor ritmice, în vederea sincronizării celor două acte etc.

1.2. DEZVOLTAREA AUZULUI FONEMATIC

Acesta nu se confundă cu auzul fizic care poate fi normal, dar există o slabă dezvoltare sau dereglare a auzului fonematic. Auzul fonematic joacă un rol deosebit de important în discriminarea sunetelor, a silabelor şi a cuvintelor ca unităţi specifice limbajului. Aşadar, el se deosebeşte de auzul fizic, nu se confundă cu acesta şi nu există în toate cazurile o corelaţie directă între cele două forme de auz. În cazul unei slabe dezvoltări sau a unor tulburări de auz fonematic, recepţia limbajului se face deficitar şi ca atare emisia vorbirii nu este normală. Dacă avem în vedere şi relaţi strânsă dintre auzul fonematic şi producerea mişcărilor articulatorii, atunci vom înţelege că tulburările de pronunţie pot apărea mai des şi cu o intensitate mai mare.

În vederea realizării unei pronunţii corecte, fiecare individ trebuie să efectueze o comparaţie între propria sa pronunţie şi cea a persoanelor din jurul său, pe de o parte, iar pe de alta el trebuie să realizeze un autocontrol permanent cu ajutorul auzului asupra emisiilor sale verbale. Or, deficienţele auzului fonematic fac imposibilă o astfel de performanţă şi îngreuiază imitaţia verbală atât de caracteristică la copii şi de aici posibilitatea apariţiei dislaliilor, a tulburărilo de voce, a rinolaliilor. Datorită deficienţelor auzului fonematic, copilul nu este întotdeauna conştient de handicapul său de vorbire, dar începe rapid să-şi dea seama o dată cu efectuarea unor exerciţii pentru dezvoltarea acestuia. Copiii cu dificultăţi pe linia auzului fonematic întâmpină şi greutăţi mai mari sau mai mici în recepţia corectă a vorbirii, ceea ce diminuează înţelegerea conţinutului semantic.

Dezvoltarea auzului fonematic se poate realiza, la copiii preşcolari, prin jocuri de ghicire a vocii celor care îi strigă, diferenţierea unor sunete de altele, imitarea şi identificarea unor animale (sâsâiul şarpelui, al gâscanului etc.), iar la cei mai mari, prin diferenţierea şi identificarea cuvintelor sinonime şi paronime, prin recitarea de poezii ritmice, prin diferenţierea unor grafeme asemănătoare concomitent cu pronunţia lor (b-p, m-n etc.).

1.3. DEZVOLTAREA MOTRICITĂŢII GENERALE ŞI A MIŞCĂRILOR FONOARTICULATORII

Din acest punct de vedere sunt importante, în primul rând, exerciţiile generale care fortifică organismul (trunchiul, gâtul, membrele). Este indicat ca aceste exerciţii să se asocieze cu cele de respiraţie, pentru a facilita mişcările complexe

ale grupelor de muşchi care iau parte în actul de respiraţie şi la activitatea aparatului fono-articular în emisia verbală. Aceasta deoarece în pronunţarea fiecărui sunet şi cuvânt corpul, gâtul, membrele capătă o anumită poziţie, de relaxare sau de încordare. Asemenea încordări sau relaxări imprimă o anumită postură întregului corp şi ea este diferită la persoanele normale faţă de cele cu handicap de limbaj. De pildă, la handicapaţii cu tulburări de pronunţie are loc o încordare a muşchilor de la nivelul aparatului fono-articular, a limbii, a buzelor, pe porţiuni nespecifice, ceea ce determină nu numai accentuarea afectării pronunţiei, dar şi a dicţiei, a timbrului şi înălţimii vocii. Din aceste motive sunt necesare două tipuri de exerciţii: unele pentru relaxarea organismului şi a musculaturii aparatului de emisie, ceea ce joacă un rol important în pronunţarea majorităţii sunetelor limbii române, şi altele de încordare, care sunt folositoare mai cu seamă pentru pronunţia sunetelor surde şi a cuvintelor mai complicate.

Pentru a fi eficiente, exerciţiile fizice generale trebuie să se desfăşoare la copii sub formă de joc în mod ritmic, ceea ce contribuie la imprimarea ritmicităţii şi la nivelul vorbirii. În tulburările motorii, ce sunt prezente la dislalicii, disgraficii sau disartricii cu deficienţe motorii cerebrale, exerciţiile fizice generale trebuie executate paralel cu dezvoltarea vorbirii şi continuate pe o perioadă mai lungă de timp pentru că handicapul de vorbire este mai grav şi necesită o perioadă mai lungă de recuperare.

În scopul dezvoltării organelor fono-articulatorii, se pot folosi exerciţii pentru dezvoltarea mişcărilor expresivităţii faciale, linguale, mandibulare, labiale. Sunt eficiente umflarea alternativă a obrajilor, imitarea ritmică a râsului şi a surâsului, coborârea ritmică a sprâncenelor alternativ cu închiderea ochilor, clipirea ritmică etc. Dintre exerciţiile linguale se pot enumera cele care se referă la deschiderea gurii şi scoaterea ritmică a limbii, scoaterea limbii peste buza superioară în direcţia nasului şi peste buza inferioară înspre bărbie, ridicarea limbii spre palatul gurii şi lăsarea ei în jos cu zgomot, imitarea tremurului (brr, brrr) ş.a. Pentru dezvoltarea motricităţii mandibulare, mai cu seamă în prognatism şi progenie sau la cei cu despicături maxilo-faciale, se utilizează exerciţii de mişcare a mandibulei la stânga şi la dreapta, mişcări înainte şi înapoi, imitarea căscatului şi rumegatului animalelor. În fine, pentru dezvoltarea motricităţii labiale atât de necesară în dislalie şi în special la dislalicii audiogeni (cum sunt hipoacuzicii) sau în disglosii şi la cei cu anomalii ale buzelor se va adopta, cu ajutorul buzelor, forma de pâlnie (ca în pronunţia sunetelor o şi u), strângerea buzelor şi suflarea aerului cu putere, ca în pronunţia sunetelor p şi b, retragerea şi extensia comisurilor laterale ş.a.m.d.

1.4. EDUCAREA PERSONALITĂŢII ŞI ÎNLĂTURAREA NEGATIVISMULUI

După cum se ştie, una din funcţiile esenţiale ale limbajului este cea reglatorie şi autoreglatorie. În handicapurile de limbaj scade funcţionalitatea unei asemenea funcţii şi, ca atare, se produc perturbaţii în organizarea şi sistematizarea activităţii psihice, ceea ce face să se reducă încrederea în forţele proprii şi să apară o stare de încordare permanentă. Handicapurile de limbaj accentuate, care afectează atât latura expresivă, cât şi cea impresivă a limbajului nu numai că determină reticenţe

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

în relaţionarea cu cei din jur, dar integrarea logopatului în activitate devine anevoioasă. Ca atare, structura însuşirilor de personalitate poate îmbrăca forme negative care duc la comportamente neintegrative. Cu cât handicapul de limbaj este mai grav, cu atât tensiunea creşte, iar subiectul va trăi acest fenomen în planul psihic ca pe o dramă. Într-o investigaţie efectuată de noi asupra unui lot de subiecţi cu handicapuri de limbaj, format din 150 dislalici, 63 bâlbâiţi, 32 cu tulburări de voce şi 65 cu handicap asociat - dislexie - disgrafie am constatat tulburări comportamentale la 104 dislalici, la 56 bâlbâiţi, la 14 din cei cu tulburări de voce şi la 88 dislexici - disgrafici. Numărul relativ mare al subiecţilor la care au apărut tulburări comportamentale se explică tocmai prin trăirea dramatică a handicapului de limbaj pe fondul hipersensibilităţii şi atitudinilor nefavorabile ale celor din jur.

Subliniem că la şcolarii mari, la puberi şi adolescenţi prezenţa handicapurilor de limbaj determină o intensificare a tulburărilor de personalitate. Astfel, subiecţii respectivi sunt deprimaţi, anxioşi, nervoşi, irascibili, rigizi, reţinuţi, necooperanţi, frustraţi, negativişti, trăiesc complexe de inferioritate etc. Cei mai sensibili refuză să meargă la şcoală şi adoptă o atitudine negativă faţă de învăţătură, ceea ce duce la eşecuri şcolare repetate. Cu cât aceştia îşi prelungesc astfel de stări stresante cu atât provoacă o hipesensibilitate afectivă mai accentuată sau tulburări afectiv-emoţionale şi volitionale.

În educarea personalităţii şi crearea condiţiilor normale de evoluţie un rol deosebit de important îl joacă, pe lângă progresele înregistrate în înlăturarea handicapurilor de limbaj, psihoterapia, sugestia verbală şi încurajarea subiectului. Desigur, există unele caracteristici ale psihoterapiei pentru handicapaţii de limbaj, dar aplicarea ei trebuie să ţină seama de vârsta, etiologia şi simptomatologia tulburărilor respective. Ne vom referi, în continuare, numai la formele ce pot fi folosite de educator (aşa cum am procedat şi în cazul celorlalte metode), lăsând în seama specialistului pe cele complexe. Astfel, la copiii preşcolari mici psihoterapia se poate desfăşura sub forma unor jocuri dirijate de educatoare. În asemenea situaţii, copiii sunt uşor antrenaţi în activitatea şi în verbalizarea acţiunilor respective. Totodată ei pot fi influnţaţi, discret, în direcţia încurajării şi înlăturării negativismului. Sunt ajutaţi să înveţe, să coopereze şi să stabilească relaţii verbale cu cei din jur, ceea ce contribuie la câştigarea încrederii în posibilităţile proprii şi la crearea de satisfacţii. Pe aceeaşi linie se înscriu vizionările unor filme sau ale teatrului de păpuşi, urmate de comentarii dirijate ce urmăresc antrenarea în activitatea verbală şi desprinderea unor elemente cu caracter moralizator. Pentru şcolari, discuţiile trebuie astfel purtate încât scopul princial să fie acela de a contribui la crearea unei stări relaxante şi trăirea confortului psihic. Se vor viza în mod deosebit influenţarea voinţei şi modul de a gândi ale interlocutorilor, se va accentua ideea înţelegerii caracterului tranzitoriu al handicapului de limbaj şi că randamentul activităţii intelectuale se va îmbunătăţi o dată cu educarea limbajului.

Astfel, toate demersurile, ce se subsumează acestor acţiuni sugestive şi de influenţarea pozitivă a subiectului, vor viza următoarele obiective:

- dezvoltarea încrederii subiectului în forţele proprii; - formarea convingerii că tulburările de limbaj nu presupun deficite de intelect, iar eşecurile la învăţătură pot

fi evitate printr-un efort sporit; - înţelegerea faptului că handicapurile de limbaj sunt temporare şi că ele pot fi înlăturate; - înlăturarea atitudinii negativiste şi dezvoltarea optimismului.

2. METODE ŞI PROCEDEE SPECIFIC LOGOPEDICE

Metodele şi procedeele specifice logopedice au un grad mai mare de complexitate şi presupun o specializare aparte. El vizează, nemijlocit, handicapurile de limbaj, dovedindu-şi eficienţa şi în raport de măiestria terapeutului. Dintre acestea, ne vom referi la câteva mai simple ce pot fi aplicate de fiecare cadru didactic. În această categorie se înscriu exerciţiile de vorbire ritmată, în care recitarea unor poezii imprimă fluenţă vorbirii, exerciţiile de imitare a unor modele cu vorbire corectă, exerciţiile de imitare a poziţiei corecte a aparatului bucal în timpul emisiei, imitarea (mai cu seamă pentru copiii mici) a unor fenomene naturale sau a zgomotului făcut de unele fiinţe şi obiecte (imitarea sâsâitului de şarpe pentru emiterea corectă a sunetului "s", imitarea vântului pentru emisia sunetului v etc.). Pentru corectarea tulburărilor limbajului scris-citit, se adoptă citirea pe sintagme cu explicarea şi înţelegerea deosebirilor acestora, citirea pe roluri şi în ştafetă, scrierea şi explicarea deosebirilor dintre grafeme asemănătoare din punct de vedere spaţial (b-p, m-n, d-b etc.), trasarea unor grafeme cu degetul în aer şi apoi pe hârtie pentru a le imprima mişcarea necesară ş.a.

Un loc însemnat în simularea verbală şi în înţelegerea acţiunilor cauzale plauzibile îl ocupă citirea imaginilor. La preşcolarii mici se prezintă imagini cu obiecte şi acţiuni umane, solicitându-se denumirea lor, iar la cei mai mari se dau imagini în suită (din trei - cinci imagini) care să faciliteze alcătuirea de povestiri închegate. Astfel, citirea după imagini se constituie ca etapă a prealfabetizării, pe care copiii o parcurg cu interes, mai cu seamă când acestea sunt colorate şi sugerează o naraţie implicată în modul de aranjare. Ele nu-şi pierd din semnificaţie nici la vârsta şcolară mică. Acum sunt preferate acele imagini cu un conţinut mai complex, cu acţiuni ştiinţifico-fantastice, cu povestiri istorice şi personaje puternice, dar realizate estetic şi cu un pronunţat caracter al învingerii binelui şi frumosului.

La reuşita acestora se adaugă tactul pedagogic al educatorului, manifestarea înţelegerii faţă de copilul handicapat, asigurarea unui climat afectiv tonifiant în colectivitate, din care să nu lipsească încurajarea pentru fiecare succes obţinut de copil.

3. RELAŢIA DINTRE LIMBAJ-COMPORTAMENT-PERSONALITATE

Din analiza relaţiei dintre limbaj, comportament şi personalitate rezultă, pe de o parte, unitatea psihismului uman, iar, pe de altă parte, nevoia de a corecta orice dereglare pentru a putea evita efectele negative asupra celorlalte paliere ale evoluţiei psihice. În acest context, logopedia contemporană este preocupată, din ce în ce mai mult, de influenţele handicapurilor de limbaj asupra personalităţii şi comportamentului logopatului, în general. Ca atare, subiectul logopat, indiferent

de vârsta sa, nu mai este tratat ca o simplă persoană cu tulburări de limbaj, ci este privit în pespectiva educării complexe: atât în corectarea handicapurilor de vorbire, cât şi cea a formării şi dezvoltării personalităţii, în scopul adoptării unor comportamente integrative şi adecvate activităţii.

Handicapurile de limbaj, începând cu cele mai simple, cum sunt dislaliile, provoacă, o dată cu înaintarea în vârstă, dezorganizarea personalităţii şi dezordinii comportamentale. Efectele negative se manifestă de la reţineri în vorbire, inhibiţie în activitate, blocaje psihice şi pot determina chiar dezorganizarea constituirii însuşirilor personalităţii. Când handicapurile de limbaj sunt mai grave şi mai extinse, efectele negative sunt mai mari, ceea ce duce la o accentuare a tulburărilor de personalitate. Dacă copiii preşcolari şi şcolari mici acordă mai puţină importanţă handicapurilor de vorbire, şcolarii mari, puberii, adolescenţii, şi persoanele adulte fac, uneori, din aceasta adevărate drame. Ei nu înţeleg că frământările în care se zbat nu contribuie la înlăturarea handicapului, ci dimpotrivă, îl accentuează. La majoritatea handicapurilor, aceste frământări şi comportamente aberante se extind la relaţiile cu familia, cu rudele, prietenii, la colectivul din care face parte intrând, adeseori, în conflict, având impresia că este neînţeles de acesta.

Atunci când handicapurile de limbaj sunt consecutive altor deficienţe, cum sunt cele senzoriale sau fizice, tulburările personalităţii şi dezordinele comportamentale devin tot mai persistente. Pentru cei cu handicap de intelect, fenomenele nu ne apar atât de complicate, deoarece aceştia nu reuşesc, decât parţial şi numai în unele cazuri, să conştientizeze situaţia în care se află. La persoanele cu debilitate uşoară sau la cele cu intelect de limită, handicapurile de limbaj pot constitui, alături de deficienţa psihică, factori traumatizanţi, ce influenţează negativ planul comportamental. Indiciul cel mai evident al unor tulburări de personalitate atât la normali, cât şi la deficienţii senzorial, psihic şi fizic, îl constituie adoptarea unor comportamente antisociale, dificultăţi de integrare în colectiv, izolarea de colectiv şi centrarea pe sine, negativismul şi încăpăţânarea, subaprecierea forţelor proprii, manifestarea unor atitudini egocentriste şi egoiste, stări prelungite şi dureroase tensional, ce duc la surmenaj fizic şi intelectual. Se poate ajunge, astfel, la anxietăţi, complexe de inferioritate şi nevroze, ceea ce determină un comportament al handicapaţilor de limbaj manifestat prin instabilitate, prin mari oscilaţii de la o situaţie la alta, de la o zi la alta, de percepere exacerbată a unor stimuli care au o semnificaţie redusă pentru alte persoane, dar pe care, subiectul îi amplifică şi îi recepţionează ca factori negativi. De aici rezultă că trăsăturile de personalitate au un ridicat grad de fragilitate şi instabilitate. Or, tocmai relaţia dintre personalitate şi, în raport de dominarea uneia sau alteia, se conturează o personalitate puternică, armonioasă şi matură, or dimpotrivă, o personalitate fragilă, dizarmonică şi imatură.

În studiul personalităţii, psihologii au avut dintotdeauna în atenţie şi deteriorarea acesteia ca urmare a acţiunii unor factori stresanţi. Personalitatea handicapatului de limbaj se poate dezorganiza pe fondul stării de inerţie, de rigiditate şi a fobiei vorbirii ce se întăreşte sub forma unor legături durabile şi obsedante şi, astfel, vor fi provocate şi alte dereglări verbale. În alte cazuri,

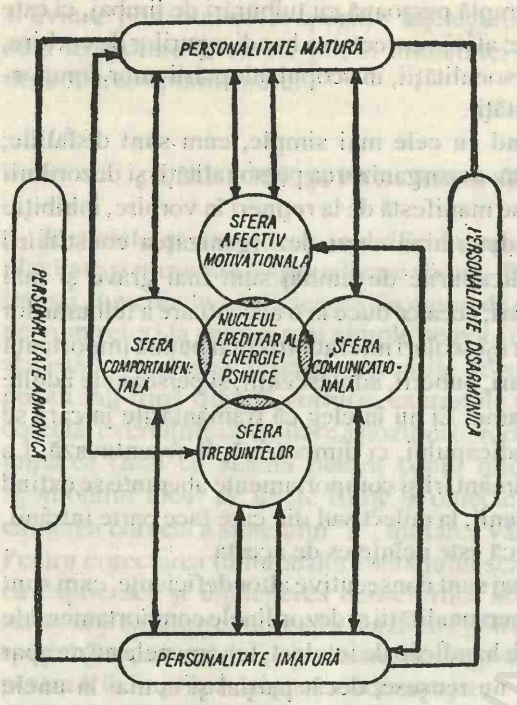


Fig. 5. Dimensiunea personalității la handicapați

asemenea situații amplifică handicapurile de limbaj existente prin apariția unui mutism electiv. O dată cu intrarea în școală a copilului cu tulburări de vorbire, tabloul manifestărilor psihice se complică tot mai mult. La acestea contribuie faptul că, prin solicitarea copilului să vorbească în fața colectivului de elevi și neputința acestuia de a se exprima corect, atrage ironia celorlalți copii, punându-l în situația de a trăi mai accentuat hipersensibilitatea afectivă, refuzând să mai răspundă la lecții, de teamă să nu greșească.

Raportate la particularitățile temperamentale, vârstă, educație și dezvoltare mintală, handicapurile de vorbire pot provoca și o excitație psiho-motorie, ce se manifestă prin agitații permanente, neastâmpăr, mișcări dezorganizate, indisciplină. Din aceleași motive, la alți handicapați de limbaj pot apărea manifestări opuse, inhibitive, ce duc la un comportament rigid, uniform și fără un activism adecvat momentelor respective.

În genere, tulburările comportamentale sunt provocate de conflicte lăuntrice, de frământări interne în cazul în care handicapatul nu-și dă seama de posibilitatea rezolvării situației sale dificile. Când conflictele se prelungesc și devin cronice, ele influențează negativ, în primul rând formarea caracterului și nu stimulează dezvoltarea psihică în ansamblu. La aceștia apar, frecvent, oscilații și contradicții în rezolvarea problemelor, ca și în adoptarea modalităților de acțiune mintală și practică.

Existența handicapurilor de limbaj la persoanele cu intelect deficitar duce la regresia psihică și comportamentală, ca urmare a deficitului funcțiilor de cunoaștere și de exprimare, a imaturității afective, a creșterii sugestibilității, impulsivității și rigidității psihomotorii. Aceasta și pentru faptul că deficitul de intelect îngreuiază aprecierea corectă și adecvată a situațiilor de viață ce presupun adaptarea comportamentală prin anticiparea acțiunii, a riscurilor și împrejurărilor favorabile în care se află subiectul la un moment dat. În acest sens, legarea genezei afective de geneza gândirii exprimă, în fapt, determinismul psihologic și recunoașterea rolului celor două procese la elaborara mecanismelor comportamentale. R. Zazzo exprimă aceasta, arătând că inteligența nu este un factor suficient pentru determinarea adaptării sociale, căci o importanță similară o au și factorii emoționali și cei de mediu.

În deprivările de auz şi de vedere, handicapurile de vorbire creează probleme supraadăugate în ceea ce priveşte comunicarea şi integrarea socială. Spre deosebire de debilii mintal, aceştia îşi dau mai bine seama de situaţiile lor şi percep eşecurile repetate ca fiind determinate, în primul rând, de posibilităţile lor reduse de exprimare. Datorită absenţei folosirii cuvântului la surzi sau a folosirii cu dificultate la hipoacuzici precum şi a slabei înţelegeri a vorbirii, aceştia au o evoluţie psihică şi socială mai lentă. Rezultate bune se obţin prin frecventarea grădiniţei şi a şcolii, unde prin conţinutul muncii dirijate şi metodice se asigură evoluţia psihică, demutizarea, şi se impulsionează socializarea. În cazul pierderii vederii, se produce un dezechilibru profund în relaţiile individului cu lumea externă. Dar dificultăţile de pronunţare sunt mai frecvente la nevăzătorii congenitali, pentru că ei nu au posibilitatea să imite modelul corect, decât pe cale auditivă. Sensibilitatea lor este foarte accentuată, ca şi conflictele interne, deoarece au mari dificultăţi de orientare în mediu. Ei trăiesc dramatic, pe fondul unui intelect normal, nu numai deficienţa de vedere, dar şi handicapul de limbaj.

În ontogeneză, limbajul, comportamentul şi personalitatea copilului se dezvoltă sub influenţa unor factori sociali în care familia, grădiniţa şi şcoala deţin rolul fundamental şi dau semnificaţii previzibile pentru viaţa viitorului adult. În acest context se pun bazele interrelaţiilor reciproce dintre limbaj, comportament şi personalitate. Aceste interrelaţii devin de necontestat deoarece o dată cu conturarea tot mai evidentă a personalităţii copilului apare un comportament verbal încărcat de semnificaţii multiple, o conduită complexă şi matură. Nu există nici un echivoc că şi conduita verbală poartă pecetea manifestărilor intime şi specifice ale personalităţii, ale felului cum sunt trăite, asimilate şi reflectate influenţele mediului înconjurător. În acelaşi timp, prin intermediul limbajului se exprimă cel mai adecvat stările atitudinale ale omului, cum sunt atitudinea faţă de sine, faţă de alţii şi faţă de activitate, care toate denotă forme comportamentale afirmate.

Importanţa dezvoltării şi cultivării conduitei verbale rezultă şi din faptul că, datorită ei, subiectul uman se prezintă sub variate aspecte: al capacităţilor intelective, al trăirilor afectiv-emoţionale, al particularităţilor de temperament, caracter, cultură, vârstă etc. Aşadar, se poate afirma că limbajul, conduita verbală definesc omul ca persoană cu toate atributele sale. Dar, datorită efectului circular al limbajului, o dată ce a fost manifestat, el are influenţe asupra noastră în sensul că reglează şi organizează întreaga activitate psihică, prin satisfacţiile şi insatisfacţiile ce le simţim în raport cu efectele asupra celor din jur. Astfel, prin intermediul limbajului, putem să ne mobilizăm forţele într-o acţiune pe care o întreprindem sau dimpotrivă, ne putem frâna sau inhiba demersul respectiv. El ne creează un anumit tonus afectiv, ne facilitează gândirea, meditaţia, exprimarea trăirilor noastre, în general. Nu aşa stau lucrurile la handicapaţii de limbaj, deoarece în acest lanţ funcţional există verigi care nu se sincronizează şi nu armonizează bine funcţionarea sistemului. Aşa cum am văzut, dereglările de limbaj influenţează negativ personalitatea ca şi mecanismele operative în planul ideal şi cel acţional. Dar se obţin progrese evidente o dată cu ameliorarea tulburărilor de limbaj şi, mai

cu seamă, prin înlăturarea lor. Iată de ce implicarea educatorului în corectarea şi dezvoltarea limbajului prezintă semnificaţii majore pentru dezvoltarea fiinţei umane.

TEME DE CONTROL

1. Descrieţi metodele şi procedeele cu caracter general folosite în terapia logopedică a handicapurilor de limbaj.
2. Enumeraţi câteva din exerciţiile specific logopedice ce au un pronunţat caracter corectiv recuperativ asupra limbajului tulburat.
3. Analizaţi relaţia dintre limbaj-comportament-personalitate.
4. Precizaţi în ce constă contribuţia educatoarei şi învăţătoarei la dezvoltarea vorbirii şi a personalităţii copilului.

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul XIII

HANDICAPURILE DE MOTRICITATE ŞI PSIHOMOTRICITATE

Categoria handicapurilor motrice şi psihomotrice este extrem de variată şi cu o gradaţie întinsă de afecţiuni, de la cele mai uşoare, care nu împiedică desfăşurarea normală a activităţii, până la cele ce au o notă semnificativ defectologică şi cu o adâncă marcare a întregii vieţi a individului. Când asemenea handicapuri sunt uşoare, nu este nevoie de o intervenţie specială, copiii din această grupă reuşind să se adapteze normal vieţii social-profesionale, dar apar dificultăţi la acei copii pe care handicapul îi împiedică să intre într-o competiţie obişnuită cu semenii lor normali. În cazul acesta, se simte nevoia unui program diferenţiat care să conţină, în egală măsură, demersuri medicale, psihopedagogice şi sociale, menite să creeze cadrul de dezvoltare a întregului potenţial restant.

1. ETIOLOGIE ŞI MANIFESTARE ÎN HANDICAPURILE FIZICE

Handicapurile fizice se constituie ca invalidităţi corporale ce slăbesc puterea şi mobilitatea organismului prin modificări patologice exterioare sau interioare, localizate la nivelul întregului corp ori numai la nivelul unor segmente ale sale. Categoria respectivă cuprinde atât infirmii motori sau locomotori (de motricitate), cât şi pe cei care suferă de unele boli permanente (bolile respiratorii, cardiopatiile, diabetul etc.) ce influenţează negativ capacitatea fizică. În această categorie pot fi încadraţi şi indivizi cu afecţiuni senzoriale (surzii şi orbii) pe care i-am analizat separat, ţinând seama de particularităţile lor specifice deosebite.

Handicapurile fizice, ca de altfel toate celelalte handicapuri, sunt abateri de la normalitate prin dereglări morfo-funcţionale care duc la instalarea unor dezechilibre şi evoluţii nearmonioase. Trebuie subliniat că în lipsa unor anomalii, handicapaţii fizic sunt normali din punct de vedere al capacităţilor intelectuale dar, prin situaţia lor de excepţie şi într-un mediu nefavorabil, personalitatea lor poate deveni fragilă, cu pronunţate note de frustraţie şi anxietate, cu conflicte şi tensiuni

interioare, cu susceptibilităţi şi sensibilizări excesive, care îngreuiază adaptarea şi relaţionarea cu cei din jur şi integrarea în viaţa social-profesională.

Cauzele handicapurilor fizice prezintă o mare varietate şi pot afecta, în grade diferite, organismul. Ele pot fi sistematizate, după diferite criterii, în mai multe categorii. Astfel, după un prim criteriu, pot fi împărţite în interne şi externe: cele interne sunt determinate de procesele de creştere şi dezvoltare, de natura funcţiilor somatice, organice şi psihice, iar cele externe sunt raportate la condiţiile de mediu şi viaţă.

Există o categorie de cauze cu acţiune directă, care interesează elementele proprii ale deficienţei, sau indirecte, care produc o afecţiune ori o deficienţă morfologică sau funcţională. Ele pot să afecteze întregul organism şi să producă deficienţe globale sau totale ori să se limiteze la anumite regiuni, segmente sau porţiuni ale corpului şi să determine deficienţe regionale, segmentare sau locale.

Frecvent, se utilizează şi criteriul de împărţire a cauzelor în predispozante, favorizante şi determinante (declanşatoare). Cauzele favorizante ori predispozante sunt în legătură cu ereditatea. Descendenţii prezintă, de regulă, asemănări morfologice şi funcţionale cu ascendenţii şi colateralii (fraţii, surorile şi rudele apropiate). Acest fenomen biologic este şi mai evident atunci când tipurile constituţionale ale înaintaşilor sunt relativ identice şi când condiţiile de mediu şi de viaţă prezintă asemănări. Tot în acestă grupă, a cauzelor predispozante, putem încadra şi influenţele nocive pe care le suferă organismul fătului în viaţa intrauterină. Debilitatea congenitală şi imaturitatea, naşterea prematură şi accidentele obstetricale pot constitui baza unor deficienţe care se manifestă nu numai imediat după naştere, ci şi mai târziu, cu repercusiuni în evoluţia ulterioară.

Favorizanţi pentru producerea handicapurilor fizice sunt socotiţi şi factorii care influenţează în sens negativ starea de sănătate şi funcţionarea normală a organelor, mai ales în perioadele de creştere şi dezvoltare activă a copilului. Astfel de cauze slăbesc rezistenţa organismului, scad capacitatea funcţională a aparatului de sprijin şi mişcare şi diminuează rolul reglator al sistemului nervos central. Printre aceste cauze favorizante se numără condiţiile inadecvate de igienă şi viaţă, lipsa de organizare a activităţii şi repaosului, regimul alimentar necorespunzător, nivelul scăzut de aer şi de lumină în locuinţă, hrana insuficientă, îmbrăcămintea incomodă, defectuos confecţionată, dormitul în paturi prea moi cu perne multe în care corpul se afundă şi se curbează exagerat sau tari şi incomode, care nu facilitează odihna normală pentru copiii ce sunt în perioada de creştere. În aceeaşi ordine de idei putem invoca lipsa unei educaţii raţionale şi un regim defectuos de viaţă, lipsa de supraveghere şi control din partea părinţilor şi educatorilor care se constituie în cauze, adesori ignorate, dar importante mai cu seamă pentru vârstele preşcolarităţii şi şcolarităţii.

De asemenea, bolile cronice, convalescenţele lungi, intervenţiile chirurgicale dificile, debilitatea fizică, tulburările cronice (organice şi psihice), precum şi unele anomalii senzoriale, şi în special cele ale văzului şi auzului, favorizează apariţia şi evoluţia rapidă a handicapurilor fizice. Aşadar, cauzele incriminate produc sau declanşează procesele patologice ce stau la baza celor mai frecvente deficienţe fizice, ele alterează structura şi modifică funcţiunile normale ale organismului prin accidente şi îmbolnăviri, leziuni sau dereglări mai mult sau mai puţin extinse.

Factorii declanşatori din perioada intrauterină se împart în două mari categorii. Primele se referă la malformaţiile şi deformaţiile congenitale, care se produc prin nedezvoltarea sau dezvoltarea anormală a corpului întreg, dar mai ales a anumitor porţiuni, sub acţiunea unor infecţii cu caracter cronic (sifilis, paludism, tuberculoză), la intoxicaţii lente (alcoolism, medicamente, săruri radioctive), la tulburări endocrine şi neuropsihice, la carenţe alimentare sau vitaminice, la boli ale sângelui şi la altele care sunt mai puţin cunoscute.

Cele din a doua categorie privesc acţiunea mediului extern nefavorabil ce se răsfrânge asupra fătului, prin intermediul organismului matern. Temperatura prea joasă sau prea ridicată, umiditatea excesivă, acţiunea razelor X, traumatizarea abdomenului gravidei, carenţele alimentare, avitaminozele, ingerarea unor medicamente sau substanţe toxice, condiţiile de viaţă şi de muncă, vârsta înaintată a părinţilor şi alţi factori pot produce o dezvoltare anormală a copilului în uter.

Malformaţiile congenitale pot constitui şi ele cauza unor afecţiuni secundare, prin condiţiile anormale statice şi dinamice, ce nu creează condiţii obişnuite de dezvoltare a organismului aflat în plin proces de creştere.

În aceeaşi categorie de cauze se înscriu, tot cu acţiune nemijlocită, cele care produc efecte negative în timpul naşterilor, fie ca urmare a eforturilor excesive depuse de mamă, fie a intervenţiilor traumatizante, favorizând instalarea unor congestii şi hemoragii cu urmări foarte grave pentru copil. Tot din categoria traumatismelor fac parte manevrele greşite de degajare a capului copilului care se pot solda cu ruperea sternocleido-mastoidianului sau a unor ţesuturi la diferite niveluri, cum ar fi al plexului cervicobrahial (cu consecinţe grave pentru structura şi funcţionarea membrului superior), leziuni ale articulaţiilor şi chiar ale oaselor, mai ales ale membrelor inferioare.

O atenţie specială trebuie acordată cauzelor cu acţiune defavorabilă asupra dezvoltării organismului, în perioada copilăriei. Astfel sunt bolile şi accidentele care produc anomalii morfologice şi funcţionale. Dintre acestea, cele mai frecvente interesează aparatul locomotor (oase, articulaţii, muşchi, nervi).

Scheletul osos, care constituie mijlocul cel mai important de sprijin al corpului, poate deveni, prin poziţia asimetrică sau deformarea segmentelor sale, o cauză frecventă a deficienţei. Fracturile vicios consolidate, osteomielitele, tuberculoza osoasă şi alte afecţiuni osoase degenerative stau la baza celor mai grave infirmităţi. La rândul lor, mobilitatea prea mare sau prea mică a articulaţiilor ca şi mişcările anormale pot determina deficienţe morfologice şi funcţionale manifestate, în special, prin reducerea posibilităţii de coordonare a comportamentelor motrice. Sunt semnificative atitudinile sau poziţia incorectă adoptată de unii elevi mai mari, care favorizează o serie de deficienţe, cum ar fi cifoza şi spatele cifotic, lordoza sau spatele lordotic, scolioza, spatele rotund. Şi modificările patologice în structura şi funcţiunile muşchilor pot produce o categorie de deficienţe. Din acestea menţionăm: scăderea volumului, tonusului şi forţei musculare, ca în atonii şi hipotonii, sau exagerarea tonusului, ca în cazurile de contractură, rigiditate etc. Formele respective apar pe fondul oboselii sistemului nervos central ce duce la scăderea capacităţii de control a scoarţei, favorizând producerea unor atitudini defectuoase. Afecţiunile neuro-musculare sunt determinate şi de poliomielite, encefalite şi meningite care au o mare incidenţă în infirmităţi.

În fine, nu trebuie excluse din clasificarea noastră o serie de cauze diverse cum ar fi: tulburările de metabolism şi hormonale, leziunile prin arsuri şi degerături, chondrodistrofiile, apofizitele şi epifizitele, miopatiile, atrofiile musculare progresive, ataxiile etc.

2. CLASIFICAREA HANDICAPURILOR FIZICE

Literatura de specialitate conţine mai multe feluri de clasificări efectuate după criterii diverse. Noi ne vom opri asupra clasificărilor acceptate de specialiştii din domenii diverite, cu precizarea principalelor note specifice. Astfel, se disting două categorii mari de handicapuri fizice:

a. morfologice sau de structură;

b. funcţionale sau de activitate;

Şi unele şi celelalte pot fi subgrupate în raport de întinderea şi profunzimea afecţiunii, în:

globale (generale sau de ansamblu);

parţiale (regionale sau locale).

In subgrupa deficienţelor morfologice globale, semnalăm următoarele caracteristici specifice:

a. *de creştere*, reprezentate de hiposomie şi nanosomie (statură foarte mică), hipersomie şi gigantism (statură foarte înaltă sau exagerată), dizarmonii (când subiecţii sunt înalţi şi subţiri sau scurţi şi graşi), disproporţionaţi (între dimensiunile în lungime, înălţime şi volum; între cap şi trunchi etc.);

b. *de nutriţie*, între care vom aminti obezitatea (ţesut adipos abundent sau exagerat), debilitatea fizică (dezvoltarea, sub normal, a somei însoţită de dezechilibru nutritiv);

c. *de atitudine*, care pot fi determinate de insuficienţa aparatului de susţinere - atitudine global insuficientă - rigiditate - (tonus muscular exagerat), atitudine global asimetrică (poziţia asimetrică a scheletului osos şi a articulaţiilor);

d. *tegumente*, caracteristice ca fiind palide, cianotice (vineţii), uscate sau umede, cu pete, cicatrici sau eczeme, hipertricoză (abundenţa părului pe întregul corp);

e. *musculatura* poate fi medie, redusă, foarte redusă, cu tonus normal, scăzut sau crescut;

f. *oasele* subţiri sau groase, lungi sau scurte, cu sechele traumatice, rahitism etc.;

g. *articulaţiile*, care pot fi deformate, cu mobilitatea redusă sau exagerarea mobilităţii;

h. de comportament: inhibat, apatic, astenic, instabil.

Din subgrupa deficienţelor morfologice parţiale, reţinem:

A. Deficienţe ale capului, feţei şi gâtului

- cap macrocefal (mai mare decât normal);

microcefal (mai mic decât normal)

brahicefal (fără proeminenţa occipitală), dolicocefal (cu diametrul anteroposterior alungit şi cu "şa" la mijloc);

hidrocefal (cap exagerat de mare, cu o culoare specifică a pielii), cu asimetrii, cu înfundări ale fontanelelor, cu proeminenţe ale foselor;
- faţa ovală, alungită sau lăţită; asimetrică cu malformaţii, cicatrici, pareze, cu afecţiuni ale ochilor (strabism, înfundaţi, apropiaţi etc.), ale nasului sau ale urechilor, dinţi vicios implantaţi, boltă palatină înfundată;
- gâtul poate fi lung sau scurt, subţire sau gros, cifotic, lordotic sau scoliotic, înclinat şi răsucit (torticolis), cu relief tiroidian accentuat sau asimetric.

B. d e f i c i e n ţ e a l e t r u n c h i u l u i
- toracele poate fi lung sau scurt, îngust sau larg, bombat, plat, lărgit la bază sau la vârf, asimetric, cu stigmate rahitice, ştrangulat (supra sau submamar) cu stern înfundat, în formă de pâlnie sau carenat;
- abdomenul poate fi proeminent, bilobat (strangulat), cu hernii sau eventraţii, tonic sau moale, elastic etc.;
- spatele poate fi plan, cifotic, lordotic, scoliotic, rotund, asimetric;
- coloana vertebrală - "stâlpul de susţinere" sau axa "verticalităţii umane" poate suferi o serie de modificări prin accentuarea curburilor fiziologice, cum ar fi: cifozele, lordozele sau cifolordozele; la acestea putem adăuga deviaţiile în plan frontal de tipul scoliozelor cu una sau mai multe curburi (la care se asociază asimetrii ale umerilor etc.);
- bazinul se poate prezenta cu asimetrii, larg sau îngust, denivelat (căzut înainte şi în jos, înainte şi în sus înapoi), înclinat lateral.

C. D e f i c i e n ţ e a l e m e m b r e l o r s u p e r i o a r e
- în totalitate inegale (în lungime şi grosime), asimetrice, deviate (în plan frontal sau sagital), proiectate înainte sau rămase înapoi, în flexie sau în extensie, în pronaţie sau supinaţie, apropiate sau depărtate de corp;
- umerii pot fi largi sau înguşti, căzuţi sau ţepoşi, aduşi sau abduşi, asimetrici;
- braţele (partea superioară - de la umăr la cot) sunt cele care determină deficienţele şi poziţiile deficitare ale membrelor superioare în întregime;
- coatele pot fi în flexie sau în extensie, în var (în paranteză "()") sau în valg (în "X");
- antebraţele - inegale ca lungime sau grosime, curbate, asimetrice, în pronaţie sau în supinaţie, cu sechele traumatice;
- degetele pot fi cu anomalii congenitale, cu deviaţii, retracţii, în flexie;
-omoplaţii - apropiaţi sau depărtaţi, coborâţi sau ridicaţi, lipiţi sau desprinşi, basculaţi, asimetrici.

D. D e f i c i e n ţ e a l e m e m b r e l o r i n f e r i o a r e
- în totalitate (deficienţe şi aspect dat de coapsă) - pot fi inegale în lungime şi grosime, cu înclinări şi poziţii diferite cu sechele de paralizii sau traumatisme;
- contracturi sau deficienţe morfologice;

- şolduri - cu relief accentuat (depuneri adipoase), asimetrice (luxaţii sau subluxaţii congenitale, semianchiloze sau anchiloze în poziţii vicioase), deformaţii ale capului femural, contracturi;
- genunchi în flexie sau în hiperextensie, cu sechele traumatice sau paralitice, asimetrici;
- gambele recurbate, cu cicatrici posttraumatice sau sechele de paralizii, asimetrice, inegale (în lungime sau în grosime);
- gleznele şi picioarele pot fi asimetrice, strâmbe, în valg, planovalgi, aduse sau abduse, scobite;
- degetele picioarelor în "ciocan" (în flexie cu sprijin pe unghii), halux-valgus, strâmbe, suprapuse, cu deformaţii etc.

Din grupa deficienţelor funcţionale desprindem:

A. *Deficienţe ale aparatului neuromuscular*, care cuprind diferite forme şi grade de paralizii (ca manifestare a unor sindroame piramidale, piramido-extrapiramidale etc.), mişcări atetozice, coreoatetozice, tulburări de mers, echilibru, coordonare, ritm, apucare etc.

B. Deficienţe şi tulburări ale aparatelor şi marilor funcţiuni:
- deficienţe şi tulburări ale aparatului respirator (insuficienţe respiratorii);
- deficienţe şi tulburări ale aparatului cardiovascular (insuficienţe circulatorii), care se manifestă prin cianoze, edeme, prin subdezvoltarea copiilor (care sunt mici şi slabi, lipsiţi de energie, nu se adaptează la eforturi fizice, obosesc repede etc.);
- deficienţe şi tulburări ale aparatului digestiv şi ale funcţiilor de nutriţie (abdomenul proeminent, ptoza organelor interne, debilitatea fizică sau obezitatea etc.);
- deficienţele sistemului endocrin se manifestă prin tulburări de creştere şi dezvoltare (nanism hipofizar, gigantism, obezitate cu insuficienta dezvoltare a glandelor şi organelor genitale etc.);
- deficienţele organelor de simţ (deficienţe prin tulburări de vedere, de auz, care determină o serie de abateri de la normal în poziţia corpului - de tipul cifozelor, scoliozelor, cifoscoliozelor ş.a., cu toate asocierile şi manifestările ce le însoţesc).

3. SPECIFICUL TERAPIILOR CORECTIV-RECUPERATIVE ŞI PROBLEMELE PROTEZĂRII

Asemenea terapii privesc mijloacele culturii fizice medicale şi se aplică simultan sau consecutiv tratamentului medical. Ele cuprind exerciţii fizice, special selecţionate şi sistematizate în tehnici adaptate fiecărui handicap în parte. În acelaşi timp, se mai folosesc o multitudine de mijloace de tip masaj, fizioterapie, balneoterapie, climatoterapie ş.a.

Indicaţiile ce trebuie avute în vedere se circumscriu principiului "primo non nocere" (în primul rând să nu faci rău), şi respectă principiile gradării şi dozării

efortului, a spiralei de la uşor la greu, de la cunoscut la necunoscut, a consolidării rezultatelor obţinute.

Un aspect care nu trebuie ignorat este cel al folosirii tuturor mijloacelor pentru a asigura prevenirea instalării deficienţelor, prin alcătuirea unui regim igienic de viaţă şi muncă, dirijarea regimului de alimentaţie, prevenirea suprasolicitărilor şi instalării oboselii, folosirea factorilor de mediu (apa, aerul, soarele) şi a exerciţiilor fizice într-o îmbinare armonioasă şi echilibrată.

Protezarea impune luarea unor măsuri severe, uneori radicale (intervenţia chirurgicală), dar şi o serie de mijloace ortopedice de tipul talonetelor, corsetelor etc., care se folosesc temporar şi în scopul de a pune în poziţii corecte anumite atitudini sau de a corecta deficienţele concomitent cu efectuarea unui tratament cauzal corectiv (prin cultură fizică medicală). Subliniem că tot în această categorie se includ şi alte sisteme de protezare bine cunoscute, cum ar fi corectarea deficienţelor de văz, auz, ş.a., prin ochelari, aparate acustice etc.

Protezările cele mai cunoscute sunt cele folosite pentru înlocuirea unui organ, (ochi de sticlă - spre exemplu-), a unui segment (antebraţ-mână sau membru superior sau inferior în întregime etc.). Acestea sunt făcute de instituţii specializate în protezări sau de ateliere profilate pentru protezare în cadrul spitalelor multifuncţionale. Se impune să amintim că există şi protezări care nu sunt vizibile, ele realizându-se prin înlocuirea unor organe interne sau a unor componente ale acestora (de exemplu segmente ale unor vase ale aparatului circulator, valve ale cordului ş.a.m.d.).

Atât semiprotezările, cât şi protezările ridică o serie de probleme deosebite, prin modificarea structurii şi comportamentului psiho-social al individului, iar în ţările cu o educaţie şi un nivel mai scăzut de cultură, apare o reacţie neconcordantă a membrilor societăţii faţă de indivizii purtători ai unor asemenea sisteme sau modalităţi compensatorii.

De aceea, este foarte importantă acţiunea educaţională cu dublu sens: asupra tuturor şi asupra celor afectaţi. În acest sens, fiecare om trebuie să acorde înţelegerea, dar fără compătimire, sprijin, dar nu din milă etc., acelor membri ai colectivităţii care sunt în situaţii speciale.

În ceea ce priveşte handicapul creat de deficienţele sau tulburările psihomotricităţii, este necesar să arătăm că acestea se asociază în toate cazurile cu handicapurile fizice, de cele mai multe ori având o cauzalitate comună, iar în multe situaţii deficienţele fizice devin cauze şi ale tulburărilor psihomotrice.

Psihomotricitatea este o funcţie complexă care integrează şi subsumează manifestările motrice şi psihice ce determină reglarea comportamentului individual, incluzând participarea diferitelor procese şi funcţii psihice care asigură atât recepţia informaţiilor, cât şi execuţia adecvată a actului de răspuns.

Complexitatea psihomotricităţii se poate exprima, schematic, prin:

1. *schema corporală*(proprie, a partenerului, poziţiile corpului, lateralitatea, controlul segmentelor, dominanta-manuală, oculară, a membrului inferior);

2. *conduita motrice de bază* (coordonarea generală şi segmentară - deprinderi motrice de bază şi calităţi motrice - controlul postural care se referă la echilibrul static şi dinamic, simţul ritmului, respiraţia);

3. *conduitele perceptiv-motrice* (orientarea, organizarea şi structurarea spaţială, care include noţiuni de mărime şi distanţă, pe cele de direcţie, situaţie şi orientare, ca şi pe cele de relaţie; orientarea, organizarea, structurarea temporală);

4. *motricitatea fină sau psihomotricitatea diferenţiată*;

5. *relaxarea şi controlul inhibiţiei* (relaxarea globală, segmentară şi controlul mişcărilor);

6. *reglarea şi autoreglarea mişcărilor prin limbaj* (executarea de mişcări după comanda verbală, executarea de mişcări după autocomandă, în faţa oglinzii, şi execuţii după comenzi între parteneri).

Între cauzele care determină unele aspecte ale handicapului psihomotric se înscriu deficienţele fizice, ca şi alte tipuri de handicap, cum ar fi cele senzoriale (hipoacuzia şi surditatea, ambliopia şi lipsa vederii - cecitatea ş.a.).

Cea mai mare parte a cauzelor care generează handicapurile psihomotorii sunt în strânsă legătură cu tulburări ale funcţiilor nervoase superioare cu repercusiuni atât în dezvoltarea proceselor psihice, cât şi a motricităţii.

În clasificarea handicapurilor psihomotorii se ia în considerare schema elementelor care compun psihomotricitatea. Astfel, în schema corporală se descriu, ca tulburări, necunoaşterea părţilor propriului corp sau ale partenerului, incapacitatea de a stabili relaţii corecte-spaţiale între corpul propriu şi obiectele din jur sau ale obiectelor între ele, incapacitatea de a folosi corect membrele în executarea gesturilor, ca urmare a lipsei de concentrare în imitare sau în necunoaşterea tuturor posibilităţilor spaţiale ale propriului corp, tulburări ale coordonării etc. În ceea ce priveşte lateralitatea şi ambidextria, consemnăm printre cele mai freevente tulburări - dificultatea sau imposibilitatea de a deosebi partea dreaptă de partea stângă a corpului, neînsuşirea sensului grafic sau lexic, dificultăţi în discriminare vizuală, scrierea ca în oglindă, folosirea preferenţială a unor segmente pentru gesturile de precizie şi a celorlalte pentru cele de forţă etc.

Referindu-ne la conduitele motrice de bază, este necesar să arătăm că formele de manifestare a handicapurilor, în cazurile respective, sunt mult mai variate şi mai complexe, deoarece segmentele interesate sunt în directă incidenţă cu incapacitatea de control şi coordonare a scoarţei cerebrale. Ele se extind la tulburările, scăderile sau incapacitatea de a merge, a sări, a arunca-prinde, care se datorează unei cauzalităţi diverse (de origine nervoasă, endocrină, psihogenă etc.), la tulburări ale echilibrului static şi dinamic, la coordonări generale şi segmentare, ale simţului ritmului. În ceea ce priveşte deficienţele de coordonare, ele se manifestă prin dizarmonia gesturilor, lipsa de îndemânare în mişcările de autoservire sau în activitatea curentă, viteza de realizare a unor activităţi curente - îmbrăcatul, spălatul ş.a. (D. Motet).

Conduitele perceptiv-motrice, care includ elementele de orientare, organizare şi structurare spaţială, apar deficitare prin greşita integrare a schemei corporale, prin tulburările de lateralitate, insuficienta antrenare a copilului în activitatea de manipulare (manipularea este extrem de restrânsă), ceea ce conduce la dezordine. Dacă se cunosc termenii spaţiali, se întâmpină greutăţi în perceperea poziţiilor (nu percepe direcţia de sus-jos, confundă pe "n" cu "u", "b" cu "p" etc.), nu achiziţionează sensul grafic în scriere etc.; deficitul se mai poate manifesta prin dezorientare, prin teama de spaţiile mari; de situaţiile noi, prin lipsa de încredere în forţele proprii, citeşte corect cuvintele, dar sare rândurile textului etc. La acestea mai putem adăuga incapacitatea de a-şi organiza locul de muncă şi joacă, realizarea

cu greu a noţiunii de "oblic", fapt ce se repercutează în procesul de însuşire a scris-cititului, dificultăţi de înţelegere a relaţiilor spaţiale.

În ceea ce priveşte organizarea, orientarea şi structurarea temporală, întâlnim incapacităţi privind ordinea şi succesiunea evenimentelor, nu poate situa faptele desfăşurate "înainte" şi "după", organizarea stânga-dreapta este incorectă. În acelaşi context se înscrie şi incapacitatea de a percepe intervalele, ritmul este neregulat, nu are noţiunea de oră şi nu-şi poate organiza propriul timp.

În ceea ce priveşte motricitatea fină (relaxarea şi inhibiţia), handicapul apare ca urmare a deficitului de inhibiţie, a incapacităţii de a se orienta sau persevera într-o acţiune. Alte tulburări sunt: apraxia (incapacitatea de a executa mişcări adaptate unui scop), dispraxia (incapacitatea de a folosi gesturi sau de a efectua mişcări adaptate unui scop), dizgrafia motrică ş.a.

Se impune ca activitatea de corectare şi recuperare a handicapului psihomotor să fie înţeleasă în contextul celorlalte activităţi corectiv recuperatorii, dar cu specificul ei, care este aparte de cultura fizică medicală şi logopedie, deşi o parte dintre mijloace sunt aceleaşi.

Obiectivul fundamental al educaţiei este acela de a realiza autonomia handicapatului şi de a dezvolta funcţiile potenţiale, printr-o metodologie recuperativ-comportamentală specifică şi diferenţială, în raport de vârstă şi de nivelul achiziţiilor psiho-fizice. Integrarea trebuie să se realizeze în trei planuri: economic, cultural şi personal (P. Olèron).

O atenţie deosebită trebuie acordată acelor copii care sunt nevoiţi să rămână o perioadă de timp izolaţi (acasă sau în spital), limitându-le experienţa şi accesul nemijlocit la activităţile recuperative. Fenomenele sunt asemănătoare şi în cazul copiilor paralitici, cu infirmităţi motorii cerebrale, al infirmilor motori etc., care au dificultăţi de deplasare, privându-i de posibilitatea de a beneficia de activităţile instructiv-educative. Pentru a suplini aceste neajunsuri, se practică învăţământul la domiciliu, în institute sau clase speciale, beneficiind de mijloace de învăţământ în instituţii de tratament sau de cură. O astfel de organizare, pe cele trei forme, permite cuprinderea întregii populaţii handicapate.

Succesul activităţilor recuperativ-educative este legat şi de începerea acestora cât mai de timpuriu. De aceea se impune şi antrenarea şi pregătirea părinţilor, a familiei pentru a putea fi un sprijin real în continuarea unor activităţi în afara instituţiilor, dar şi pentru a manifesta înţelegerea necesară faţă de handicapat.

TEME DE CONTROL

1. Enumeraţi cauzele handicapurilor de motricitate şi psihomotricitate.
2. Descrieţi şi comparaţi handicapurile motrice (fizice) cu cele de psihomotricitate.
3. Analizaţi specificul metodelor corectiv-recuperative folosite în aceste forme de handicap.

Capitolul XIV

HANDICAPURILE DE COMPORTAMENT

Comportamentul reprezintă expresia relaţiei dintre dezvoltarea psihică, mai cu seamă a personalităţii şi mediul ambiant, în care trăieşte individul. Acesta este confruntat cu o serie de situaţii cărora trebuie să le facă faţă şi să adopte răspunsuri cu caracter adaptativ, să înţeleagă şi să poată anticipa momentele mai importante, să acţioneze asupra mediului şi să se integreze în normele de convieţuire socială. Pentru aceasta, comportamentul este dependent, pe de o parte, de nivelul intelectului, de cunoştinţele şi experienţa de viaţă ale subiectului, iar pe de altă parte, de caracteristicile organizării sociale şi funcţionalitatea relaţiilor intersubiective. Astfel, subiectul se construieşte pe sine se autodelimitează şi autoreglează prin raportări la cei din jur, adoptând atitudini specifice faţă de aceştia. La rândul lor, grupul, şcoala, societatea îi influenţează activitatea şi îl remodelează după caracteristicile specifice ce le posedă, imprimându-i un set de valori şi norme specifice. Copilul se dezvoltă şi se modelează progresiv, printr- o raportare continuă la statuturile şi rolurile părinţilor, iar ulterior şi în funcţie de alte persoane. La început, imită comportamentul adulţilor şi adoptă modele din mediul familial, ca apoi să înveţe şi să experimenteze noi comportamente.

Calitatea influenţelor familiale şi ale grupurilor determină structurarea unor comportamente proprii, pe fondul dezvoltării psihice de ansamblu, ele putând fi adaptative, integrative şi racordate la normele sociale sau, dimpotrivă, aberante, dezadaptative şi de conflict în raport cu parametrii sociali.

1. CAUZELE ŞI FORMELE HANDICAPURILOR DE COMPORTAMENT

Tulburările de comportament sunt abateri de la normele şi valorile umane pe care le promovează un anumit tip de societate. Asemenea dereglări au apărut şi apar în toate societăţile, dar ele sunt apreciate în mod diferit nu numai în raport de gravitatea lor, ci şi în funcţie de obiceiurile şi cutumele existente la un moment dat, de sistemul atitudinal general şi de toleranţa comunităţii sociale, de impactul acestora asupra echilibrului sau dezechilibrului social, de nivelul de severitate a

legilor şi principiilor morale şi juridice formulate şi dezvoltate de societate. Pentru a regla şi determina respectarea normelor morale şi juridice, societatea intervine cu măsuri punitive şi coercitive faţă de cei care se abat de la valorile cultural-sociale. Aceste măsuri de constrângere se aplică în funcţie de o serie de parametri ce sunt legaţi de gravitatea faptelor săvârşite, de efectele negative asupra celor din jur, de circumstanţele în care s-au produs evenimentele, de vârsta cronologică şi de cea mintală a celor antrenaţi în astfel de fapte, de starea de sănătate psihică etc.

În aceste condiţii, societatea este interesată de însuşirea şi formarea deprinderilor de convieţuire socială, încă din copilărie, şi continuă pe toată durata vieţii omului. Sunt antrenaţi, în acest proces, factorii educaţionali, cei de cultură, de profesionalizare şi de pregătire pentru viaţa activă, cei exercitaţi pe linia mass-media, pe linia administrativă şi politică. Astfel, omul se socializează şi învaţă să se adapteze la psihologia grupului din care face parte, adoptă o matrice comportamentală care să-i permită o integrare şi inserţie socială deplină. Din această perspectivă, membrii societăţii sunt evaluaţi şi apreciaţi ca exercitând comportamente "normale", în opoziţie cu cei ce nu reuşesc să respecte valorile social-culturale şi se abat, comportamental, de la acestea printr-o serie de acţiuni calificate ca "anormale". Sunt considerate tulburări comportamentale, în raport de vârstă şi împrejurări, chiar şi fenomenele de tipul obrăzniciei şi folosirii unui limbaj trivial, până la fenomene etichetate ca fiind cu un grad ridicat de gravitate numite, adeseori, prin termenul de delincvenţă. Ca atare, paleta handicapurilor de comportament este foarte mare şi cuprinde o serie variată de manifestări ce apar dominant în una din formele principale ale comportamentului activ, cognitiv, verbal, ludic, psihomotor, dar care imprimă un stil deviant specific global pentru fiecare individ ce se abate de la normele de convieţuire în societate.

În limbajul ştiinţific, ca apoi şi în cel cotidian, handicapurile de comportament sunt cuprinse în mod sintetic în conceptul de delincvenţă şi, uneori, în cel de infracţiune (mai cu seamă în ştiinţele juridice). Pentru aceleaşi forme se folosesc şi termeni mai generali cum sunt cei de abatere, devianţă, tulburare comportamentală etc. Comun pentru toţi aceşti termeni este faptul că ei desemnează comportamente neconformiste ce vin în contradicţie cu sistemul de gândire şi atitudinal al majorităţii membrilor comunităţii, iar acţiunile exercitate produc efecte negative atât pentru individ, cât şi pentru societate. Din punct de vedere psihologic, indivizii care produc astfel de comportamente aberante prezintă dezechilibre sau o stare deficitară în unul sau în toate palierele maturizării psihice, structurării conştiinţei de sine şi a conştiinţei sociale, asimilării normelor şi valorilor social-culturale, structurării motivaţional-caracteriale, maturizării sociale, normalităţii şi echilibrului psihic.

Tulburările de comportament pot fi explicate printr-o corelaţie complexă între factorii interni, de tipul celor de mai sus, cu condiţiile mediului extern, când se iau în considerare anturajul negativ al subiectului, distorsiuni în funcţionalitatea sistemului educaţional, cultural şi social, lipsa unor norme sociale legiferate clar şi aplicarea lor pertinentă, slaba promovare a cultului pentru activitate (la nivel de familie, şcoală, comunitate) şi lipsa unor condiţii care să asigure satisfacerea idealurilor de viaţă şi perspectiva realizării personalităţii. Aceste situaţii determină disonanţe în funcţionalitatea dintre personalitatea individului şi relaţiile grupale,

ca urmare a abaterilor de la normele standard acceptate de majoritate, ceea ce duce la marginalizarea celor care nu se încadrează în modelele vehiculate şi promovate de societate.

Într-un fel sau altul, manifestările comportamentale sunt trăite în plan intern, iar odată produse au un efect circular, amplificând sau modificând caracteristicile ce au stat la baza declanşării acţiunilor respective. Astfel, se formează un stil comportamental care, alături de însuşirile de personalitate, îl defineşte pe subiect ca fiinţă unică, irepetabilă. Indiferent de forma comportamentului (afectiv, cognitiv, verbal, ludic, psihomotor), acesta se corelează cu structurile dominante ale personalităţii şi cu tipurile de comunicare care structurează în raport de ceea ce numim nucleul creditar al energiei psihice a subiectului.

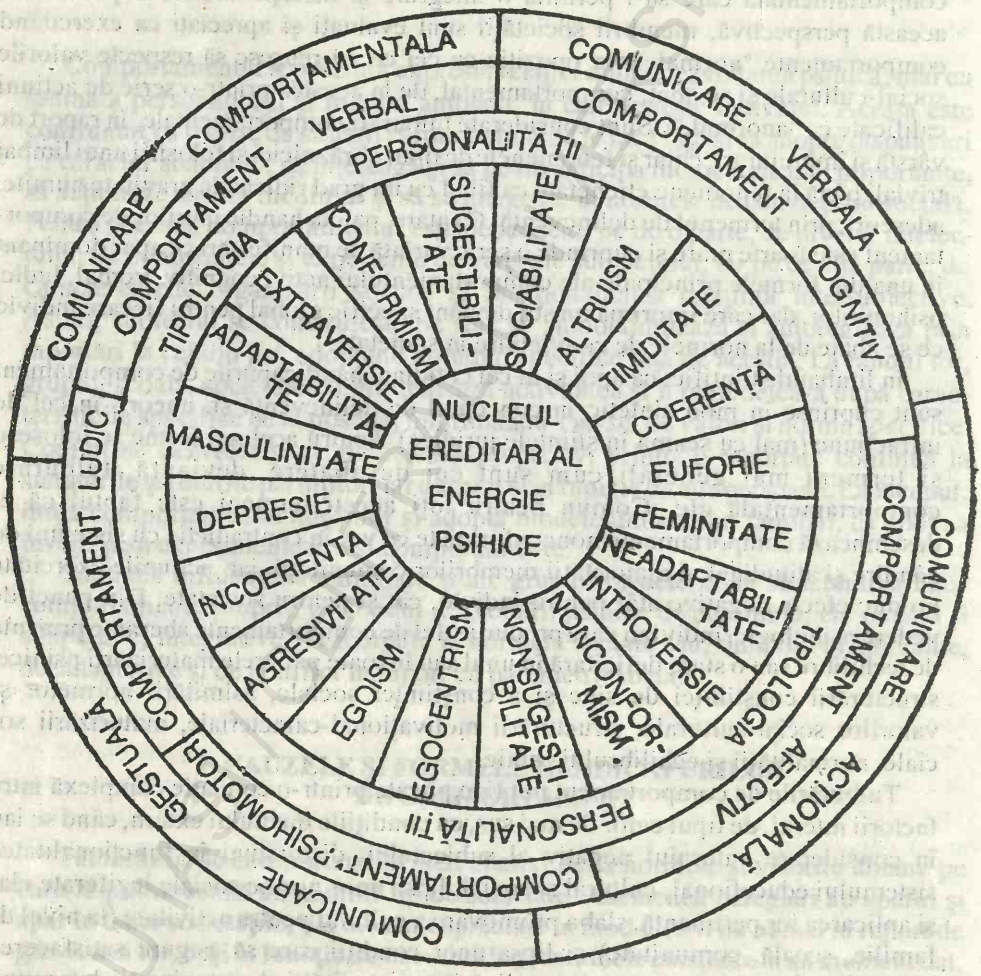


fig.6. Schema bloc a unităţii dintre personalitate şi comunicare, pe fondul diversificării formelor comportamentale

Ţinând seama de cele de mai sus, putem vorbi de o categorie de tulburări în planul intern şi de alta, în planul extern, ca expresie a manifestării în afară a trăirilor subiective (a primelor). Ca atare, în plan intern pot avea loc tulburări de tipul:

- anxietăţi şi frustrări prelungite; - instabilitate afectivă şi depresie; - ostilitate şi neacceptarea colaborării cu cei din jur; - slabă dezvoltare afectivă şi indiferenţă; - izolare şi evitarea celor din jur; - trăirea unor tensiuni exacerbate, prin conştientizarea unor handicapuri; - repulsie faţă de activitate; - dereglări ale unor funcţii psihice etc.

Acestea determină handicapuri comportamentale de forme şi intensităţi diferite, în funcţie de extinderea şi profunzimea dereglărilor interioare, concretizându-se, în exterior, prin:

- reacţii afective, instabile şi de o anumită intensitate (frică, mânie, furie, râs şi plâns nestăpânite); - agitaţie motorie şi mişcări dezorganizate; - negativism şi apatie; - teribilism şi infatuare; - minciună şi spirit de contrazicere; - furt şi vagabondaj; - cruzime şi aberaţii sexuale etc.

Toate aceste perturbaţii sau aberaţii pot avea o multitudine de cauze care acţionează asupra subiectului în diferite perioade de vârstă. Dar pe noi ne interesează, în special, vârstele copilăriei pentru faptul că structurile psihice sunt în continuă formare, iar posibilităţile de discernare sau de a evita factorii negativi sunt mai eficiente.

Subliniem că în stabilirea etiologiei handicapurilor de comportament apar o serie de dificultăţi datorate varietăţii factorilor negativi şi a recepţiei diferite de la un subiect la altul. Totuşi, unii factori, ca predispoziţiile înnăscute, sechelele datorate leziunilor cerebrale, ca urmare a meningo-encefalitelor şi a traumatismelor, modificările endocrine produse bruse în condiţiile de mediu nefavorabile sunt evidenţi. Alţii sunt mai puţin cuantificabili, dar au o mare incidenţă. Astfel, un loc aparte, în determinarea handicapurilor de comportament, îl ocupă disconfortul psihic şi influenţele negative ale anturajului. Lipsa de supraveghere a copiilor, lipsa de autoritate sau autoritatea tiranică a părinţilor, neantrenarea în activitatea pot conduce la părăsirea domiciliului şi chiar la vagabondaj. De obicei, asemenea fenomene se corelează cu carenţe de afectivitate ce determină trăsături caracteriale egocentriste, de supraafectivitate sau subestimare a eului, de lipsă de respect pentru activitatea celor din jur şi de slaba integrare în activitatea grupului.

Frecvenţa handicapurilor de comportament este diferită de la o perioadă de vârstă la alta. După unii autori, handicapurile de comportament au cea mai mare frecvenţă între 14-16 ani, şi din nou o exacerbare între 18 şi 24 de ani, la băieţi, şi între 20 şi 30 de ani, la femei, ca după 35 de ani să scadă uşor, la ambele sexe. Iar când se manifestă la vârsta adultă, predomină formele caracteriopate care au tendinţa să devină stabile şi cu repercusiuni tot mai evident antisociale. Manifestările cu caracter aberant ale băieţilor sunt mai evidente faţă de cele ale fetelor şi au implicaţii complexe în viaţa socială. Şi frecvenţa lor este mai mare la băieţi. De cele mai multe ori, în handicapurile de comportament la copii şi tineri se produc o serie de modificări ce au o evoluţie de la simplu la complex. Adesecri, se manifestă abateri comportamentale simple, dar care semnifică formarea particularităţilor negative ale personalităţii, cum este, de exemplu, minciuna. Aceasta evoluează diferit în funcţie de vârstă. Dacă în perioada antrepreşcolară,

minciuna nu denotă un caracter negativ, ci o formă de adaptare la condiţiile noi ivite şi imitarea persoanelor din jur, cu timpul, prin repetare, devine obişnuită şi se poate transforma într-o caracteristică negativă a personalităţii. Prin minciună, subiectul separă realul de ireal, prezentându-l pe ultimul într-o manieră plauzibilă cu scopul, fie de a abate atenţia de la realitate sau de a induce în eroare pe alţii, fie de a-şi motiva sieşi propriul comportament faţă de normele cunoscute cu care intră în contradicţie ori pe care doreşte să le evite.

Cu implicaţii dintre cele mai grave, în tulburările de comportament, este furtul. În ontogeneza timpurie, furtul se manifestă sub o formă incipientă, prin însuşirea forţată sau brutală a jucăriei partenerului, ca mai târziu să ia forma însuşirii obiectului dorit pe furiş cu o nuanţă de laşitate. Studiile din domeniul psihologiei delincvenţei juvenile evidenţiază faptul că la baza majorităţii furturilor se află un sentiment de frustrare cu pronunţate note de anxietate. Furtul efectuat în bandă îmbracă forme mai grave şi cu pronunţate note de teribilism, mai ales la tineri.

Vagabondajul se constituie ca o deteriorare comportamentală gravă, cu o evoluţie spectaculară ce este dublată, adeseori, de forme aberante, cum ar fi prostituţia şi perversiunile sexuale. O serie de cercetări menţionează influenţe negative exercitate asupra copilului de perceperea de către acesta a relaţiilor anormale dintre părţi. Astfel, copilul poate fi tensionat şi dereglat de atmosfera morală nefavorabilă, destrămarea familiei, decesul unuia dintre părinţi sau al ambilor, prezenţa unui părinte vitreg, alcoolismul părinţilor, abaterile comportamentale ale părinţilor, manifestarea lor trivială ş.a. Fenomenele respective pot fi provocate de o situaţie biopsihologică sau de una economico-socială necorespunzătoare. Se impune să fim atenţi şi la situaţiile accidentale, ce se pot ivi pe un teren de tensiune psihologică favorabilă producerii actului corespunzător cu efecte asupra comportamentelor ulterioare.

În raport cu furtul, jaful este o formă de comportament foarte gravă şi are loc sub ameninţare sau ca act de violenţă. Situaţia comportamentală este tragică şi mai complexă când jaful se produce în bandă, ceea ce evidenţiază caracteristicile personalităţii dizarmonice. De cele mai multe ori aceste comportamente apar la subiecţii cu o dezechilibrare psihică scăzută în care discernământul este limitat. Pe acelaşi fond, apar şi este semnificativă legătura dintre fuga de acasă şi vagabondaj, ca forme de manifestare ale unui comportament tulburat. Mai frecvent, un asemenea fenomen are loc în cazul copiilor introvertiţi, emotivi, anxioşi, dar şi la aceia care se găsesc la polul opus: instabilii psihic, agitaţii, frustraţii afectiv, neadaptaţii la colectiv, conflictualii şi labilii.

În perioadele de mutaţii sociale şi de crize se înregistrează o creştere a infracţionalismului şi a delincvenţei. La baza producerii acestor fenomene stau o serie de comportamente aberante. Spre exemplu, comportamentul aberant moral evoluează mai cu seamă după 6-7 ani. Dar până la pubertate şi chiar adolescenţă un asemenea comportament se manifestă ca inadaptare familială, şcolară şi socială. Ulterior, începând cu pubertatea, poate îmbrăca şi forma unor manifestări antisociale, cu predominarea conduitelor predelincvente, ca urmare a nedezvoltării simţului responsabilităţii, a conştiinţei de sine limitate, a imaturităţii socio-afective şi sociale. În genere, conduitele aberante se produc în mod stereotip şi pun în evidenţă o incapacitate de progres sub influenţa educaţiei.

Există şi alte categorii de handicapuri de comportament ce se produc prin modificarea activităţii intelectuale, mai cu seamă în sensul diminuării ei ca urmare a unui consum nervos rapid, cu instalarea oboselii. În felul acesta se instalează fenomenele astenice care determină modificări cu efecte şi în planul psihic: diminuarea activităţii mnezice, scăderea capacităţii de concentrare şi incapacitatea de a îndeplini sarcini complexe. În plan comportamental, apare anxietatea, irascibilitatea, insomnia, excitabilitatea sau inhibiţia motorie, scăderea apetitului pentru activitate, manifestarea unor dereglări ale limbajului, încăpăţânarea, negativismul etc. Greşelile de educaţie, manifestate printr-o tratare nediferenţiată şi fără a ţine seama de particularităţile psihoindividuale ale copiilor ori tratarea discriminativă şi notarea incorectă, provoacă scăderea interesului pentru învăţare şi nu facilitează formarea de atitudini integrative.

2. EFECTELE HANDICAPURILOR DE COMPORTAMENT ÎN PLAN ŞCOLAR ŞI SOCIO-PROFESIONAL

O serie de handicapuri ale conduitei se datorează şi factorilor psiho-pedagogici neadecvaţi, care îşi găsesc un teren favorabil pe fondul unor posibilităţi intelectuale limitate şi al interesului scăzut pentru activităţile cu caracter cognitiv. Carenţele educative au o arie largă şi se extind de la greşelile părinţilor, manifestate prin lipsa de preocupare faţă de copii, indiferenţă afectivă, nestimularea afirmării personalităţii copilului şi terminând cu mediul şcolar tensionat, ca urmare a nerespectării caracteristicilor psihoindividuale ale elevilor, a lipsei de tact pedagogic, favoritism, atitudini neprincipiale, descurajarea unor elevi etc. Toate acestea duc la absenteism, hoinăreală, lene, negativism faţă de activitatea şcolară, opoziţie faţă de efort şi atitudini negative la adresa colectivului.

Elevii care nu sunt adaptaţi la viaţa şcolară prezintă, pe de o parte, discordanţe între capacităţile psihice şi calitatea efortului depus, iar pe de altă parte, între nivelul cerinţelor şi exigenţelor procesului instructiv-educativ. Insuccesul sau eşecul şcolar se poate manifesta la o disciplină ori la mai multe, când apar dificultăţi de adaptare ce se generalizează cu factori subiectivi şi obiectivi, determinând perturbarea echilibrului dintre elev şi şcoală. Din categoria factorilor subiectivi fac parte cei ce ţin de starea fizică şi dezvoltarea mintală a copilului, evoluţia afectivităţii, a însuşirilor caracteriale şi temperamentale, iar factorii obiectivi sunt familiali, şcolar-pedagogici, culturali, morali şi economico-sociali.

O atenţie deosebită trebuie acordată elevilor cu handicap de intelect şi celor cu intelect de limită. Dacă pentru unii sunt unităţi speciale (aşa cum am văzut) în activitatea şcolară se corelează cu particularităţile lor individuale, pentru elevii cu intelect de limită, complexitatea procesului instructiv, exigenţele acestuia presupun un efort mult mai mare, care poate determina apariţia de dificultăţi în achiziţia sau operarea cu unele concepte. Neajunsurile cresc o dată cu trecere dintr-o clasă în alta a elevului, când sporesc sarcinile intelectuale şi când elevul se plasează sub nivelul colegilor săi; cele mai frecvente eşecuri ale elevilor cu intelect de limită se datorează dizabilităţilor verbale, inteligenţei necreatoare, lipsei de

originalitate în activităţile intelectuale, implicării afectiv-motivaţionale scăzute, capacităţii modeste de învăţare.

În lucrările de specialitate se subliniază ideea că la vârstele de 6-7 ani există un procentaj relativ mare de copii - circa 8-10% - care nu au maturitatea necesară pentru a corespunde exigenţelor unei învăţări organizate şi riguroase, ceea ce poate duce la o formă de inadaptare şcolară de tipul imaturităţii. Copiii ce fac parte din această categorie proogresează lent, nu pot susţine un efort îndelungat, obosesc mai repede decât ceilalţi, sunt agitaţi motor şi psihic sau dimpotrivă, apatici, indiferenţi, trec cu greu de la o activitate la alta, iar cu timpul, ca urmare a eşecurilor repetate, le scade interesul pentru învăţare şi încep să evite şcoala. Dezorganizarea fundamentală a activităţii de învăţare la aceşti copii este determinată de dificultăţile formării abilităţilor instrumentale, în primul rând scris-cititul şi socotitul. Acest fenomen devine şi mai pregnant când la nivelul scris-cititului apar tulburări lexico-grafice, sau la nivelul calculului se instalează discalculiile.

O altă cauză care poate conduce la insucces şcolar ţine de instabilitatea psihică a copilului ce se manifestă printr-o capacitate redusă de concentrare a atenţiei, mobilizare greoaie pentru activitate, dificultăţi în fixarea scopurilor clare, dificultăţi în anticiparea şi înţelegerea situaţiilor complexe. Aceşti factori determină un tip de insucces şcolar bazat pe stări anxioase în care fobia faţă de şcoală influenţează structurarea personalităţii şi comportamentului copilului. Predominarea, în timp, a anxietăţii generează nelinişte şi panică, reacţii emoţionale exagerate şi labilitate afectivă, fatigabilitate şi cefalee. Pe un asemenea fond se instalează perturbări caracteriale şi de inadaptare, ca fome evidente ale handicapurilor de comportament.

Inadaptarea nu se reduce numai la cea de tip şcolar; ea poate cuprinde toate sferele activităţii şi relaţiile umane implicate. După unii autori (C. Gonnet), există trei categorii principale de copii inadaptaţi:

1. inadaptaţii psihic (cuprinzând handicapaţii de intelect);
2. inadaptaţii fizic (cuprinzând handicapaţii senzorial);
3. inadaptaţii social (cuprinzând delicvenţii, psihopaţii şi psihoticii).

Aşadar, inadaptarea se raportează la particularităţile psihoindividuale şi la factorii de mediu fără să se neglijeze vârsta subiecţilor. Astfel, la copiii şcolari mici conduitele deviante, ce cad sub incidenţa inadaptării, sunt puerile ca manifestare, iar la puberi şi adolescenţi se adaugă un spectru mai larg din care nu lipseşte dorinţa de spectacular. Şi la unii şi la alţii se pune problema adaptării la activitate şi la normele ce guvernează colectivităţile. Din această perspectivă se poate vorbi de mai multe feluri de adaptare: adaptare dificilă (tensionată), adaptare bună (confortabilă), inadaptare şi dezadaptare (când adaptarea devine dezorganizată) care, toate, se structurează pe forme de modele tipologice ale conduitelor adaptative (U. Şchiopu, E. Verza).

În timp ce la vârsta copilăriei predomină formele inadaptării şcolare, cu timpul se instalează şi dificultăţi în adaptarea profesională şi socială. Aceste dificultăţi îşi pun amprenta asupra întregului versant al personalităţii şi se ajunge la stabilizarea handicapurilor comportamentale. Sunt şi forme uşoare sau incipiente ale con-

duitelor inadecvate care, adeseori, trec neobservate pentru că nu afectează în mod nemijlocit relaţiile copilului cu cei din jur, dar când acestea se amplifică şi se extind la cât mai multe situaţii, ele devin evidente şi afectează dezvoltarea, în ansamblu, a persoanei. În acest din urmă caz sunt prezente tulburări ale afectivităţii, ale caracterului şi ale sociabilităţii. Dominantă este imaturitatea afectivă ce iradiază în toate compartimentele vieţii psihice şi poate fi de tipul hipo sau hiperritmiei, imprimând caracteristici distinctive subiectului (autism, solitudine, sociopatie).

La toate cele de mai sus trebuie remarcat că handicapurile de comportament, cu efectele caracteristice în plan şcolar şi social, îmbracă forme specifice în deprivarea auditivă, vizuală şi motorie (la cea de intelect ne-am referit deja). O asemenea disfuncţionalitate impietează asupra dezvoltării personalităţii copilului prin întreruperea sau reducerea activităţii, prin sărăcirea conţinutului stimulărilor senzorial-perceptive şi prin diminuarea contactului copilului cu mediul înconjurător; atunci când privarea apare brusc, se produc modificări comporamentale pe un spectru larg şi de mare profunzime, dar în condiţii securizante, cu timpul aria lor se restrânge. Neliniştea, teama, nervozitatea, irascibilitatea, dezorientarea se diminuează când există suportul afectiv necesar din partea persoanelor apropiate şi când la nivelul şcolii se stabilesc relaţii bazate pe înţelegere şi de facilitare a afirmării copilului.

3. MĂSURI PSIHOPEDAGOGICE DE PREVENIRE ŞI DE EDUCAŢIE ÎN HANDICAPURILE DE COMPORTAMENT. CONTRIBUŢIA EDUCATOAREI ŞI ÎNVĂŢĂTOAREI LA INTEGRAREA ÎN VIAŢĂ A HANDICAPAŢILOR

Sunt deosebit de importante măsurile psihopedagogice de prevenire a handicapurilor de comportament deoarece asemenea demersuri se realizează cu mai puţine eforturi şi îl scutesc pe copil de multe din neajunsurile ce le implică, asigurându-i totodată, dezvoltarea armonioasă a personalităţii. În condiţiile când totuşi se produc devieri ale conduitei, sunt necesare, de timpuriu, intervenţii educaţionale cu caracter recuperativ- corectiv, pentru a nu permite cronicizarea acestora şi structurarea unor deprinderi negative. Şi într-un caz şi în altul, alături de familie, educatoarea şi învăţătoarea au un rol fundamental.Începând cu exemplul lor personal şi terminând cu atitudinile pline de tact, influenţează copilul, mai întâi prin imitarea comportamentului adultului, iar ulterior prin înţelegerea acestuia. Astfel, se pot desprinde faze ale procesului educaţional ce vor fi raportate la particularităţile psihoindividuale şi de vârstă ale copiilor. Fazele implică demersuri pedagogice clare şi de antrenare a copilului în activităţi care să permită afirmarea sa.

O primă fază constă în crearea unui confort psihic, la nivelul colectivului, în care să se acorde importanţă componentei afectiv-motivaţionale, stimulându-se, pe de o parte, sensibilitatea copilului şi receptivitatea sa faţă de trăirile celorlalţi, iar pe de altă parte, să se dezvolte motivaţii complexe pentru activitate şi pentru îndeplinirea scopurilor ce le presupun acestea. Se are în vedere formarea maturităţii în raporturile colective şi şcolare în care relaţiile inter-personale şi activităţile organizate contribuie la dezvoltarea personalităţii copilului.

Între procesul de dezvoltare psihică şi activitate, în general, şi cea de tip şcolar, în special, se realizează o strânsă interdependenţă. Rezultatele obţinute, calitatea finalizării acţiunilor sunt dependente de nivelul dezvoltării psihice, nivel ce este influenţat, la rândul său, de conţinutul şi forma activităţii. De aceea, trebuie înlăturate variabilele aleatorii pentru a evita factorii inadaptării şi adoptarea variabilelor controlabile, în vederea dirijării copilului spre scopuri şi interese cât mai bine conturate. Pentru aceasta, educatorul vizează cunoaşterea factorilor intelectuali şi nonintelectuali ai personalităţii copilului, punându-l pe acesta în postura de a efectua acele activităţi în care el poate da un randament maxim. Prin aceasta, se ajunge la o altă fază şi anume de dezvoltare, a componentei intelectual-cognitive. Ea este deosebit de activă în şcoală, ca urmare a organizării proceselor intelectuale şi a achiziţiilor complexe, dar bazele ei se pun în perioada preşcolară. O dată cu însuşirea de noi experienţe, de stăpânire a operaţiilor instrumentale, de calcul etc. elevul capătă satisfacţie şi îşi probează capacităţile de care dispune.

Faza ultimă, la care ne referim, constă în reconsiderarea componentei sociale, dată fiind importanţa relaţiilor şi a locului ocupat de copil la nivelul grupului din care face parte. Aparent, neimportantă pentru unii învăţători, această componentă poate avea caracteristici de implicare a elevului din viaţa şcolară şi de coeziune a colectivului sau dimpotrivă, de dezangajare şi ostilitate faţă de cei din jur, care se repercutează asupra atitudinii în raport cu învăţarea. Colectivele relativ omogene şi care întreţin un climat afectiv fără tensiuni îi stimulează pe elevi la învăţătură şi contribuie la dezvoltarea conştiinţei de sine.

Desigur, în procesul educaţional aceste faze se corelează, iar unitatea şi eficienţa lor depind de măiestria pedagogică a educatorului. Demersul organizat trebuie să înceapă din grădiniţă, prin imprimarea activităţilor ludice a unui caracter de influenţare pozitivă şi de stimulare a dezvoltării componentelor enunţate mai sus. La acestea se adaugă acţiunile de cunoaştere, de dezvoltare a comunicării şi de socializare, care urmăresc formare intereselor cognitive şi a atitudinilor adaptative. Achiziţiile respective se valorifică în şcoală pe un plan superior, când copiii sunt ajutaţi să înţeleagă corect situaţiile şi să depună efort pentru depăşirea momentelor dificile ce se pot ivi. Stimularea psihică şi intervenţia educatorului trebuie să fie permanente, prevenind momentele de derută ale copilului şi creând situaţii de afirmare a personalităţii sale, de înlăturare a fenomenelor de inadaptare şi de a corecta orice abatere de la conduitele anormale, de a asigura dezvoltarea componentelor integrative în viaţa şcolară şi socială.

TEME DE CONTROL

1. Analizaţi principalele cauze care pot provoca handicapurile de comportament şi raportaţi-le la vârsta copilului.
2. Descrieţi formele interne şi manifestările exterioare ale handicapurilor de comportament.
3. Care sunt efectele mai importante ale handicapurilor de comportament în viaţa şcolară şi socială.
4. Precizaţi măsurile psihopedagogice de prevenire a fenomenelor de inadaptare şi de educaţie a handicapaţilor de comportament.

Capitolul XV

POLIHANDICAPUL

Prin polihandicap se înţelege existenţa a două sau mai multe forme de handicap ce se află în asociere la aceeaşi persoană. Dar, la toate categoriile de handicap analizate (în capitolele anterioare) am putut constata că ele sunt asociate, în grade diferite, cu alte handicapuri sau tulburări. Acestea din urmă sunt efecte secundare ce rezultă, adeseori, chiar din starea de handicap fundamentală. La ele ne-am referit când am analizat fiecare formă de handicap. În acest capitol avem în vedere polihandicapul ca formă de asociere a unor handicapuri fundamentale ce sunt însoţite de o varietate de tulburări. Dintre aceste două categorii ni se par semnificative pentru demersul nostru: surdo-cecitatea şi autismul.

În literatura de specialitate polihandicapurile sunt mai puţin analizate ca entităţi de sine stătătoare, considerându-se, probabil, că explicarea formelor singulare permite o pătrundere în intimitatea fenomenelor respective, iar pe baza lor corelaţiile devin posibile între toate manifestările sau tulburările ce le caracterizează. Apar şi dificultăţi de evidenţiere a simptomelor principale, deoarece ele pot aparţine, într-o măsură, relativ egală, unor forme diferite de handicap. Cu toate acestea, se impune o tratare separată a celor două categorii de polihandicap, dată fiind nu numai condiţia specială a orbului surdomut şi a autistului, dar şi metodologia educaţional-recuperativă diferită faţă de celelalte forme de handicap.

1. SURDO-CECITATEA

Prin asocierea surdomutităţii cu cecitatea se produc grave perturbări în modul de existenţă al individului, deoarece perceperea lumii înconjurătoare şi comunicarea cu acesta se restrânge la un număr minim de canale care fac dificilă devenirea umană. La orbul surdomut sunt afectaţi principalii analizatori: vizual, auditiv şi cel verbo-motor. Ca urmare, socializarea şi dzvoltarea psihică presupun adoptarea unor programe educaţionale care să valorifice maximal analizatorii valizi şi să determine compensarea acelor funcţii ce le sunt specifice analizatorilor afectaţi. Educarea unui asemenea copil cu dublu sau triplu handicap este depen-

dentă şi de perioada în care se produce afecţiunea. Un copil polihandicapat din naştere sau la scurt timp după, nu are reprezentări vizuale şi auditive şi nici deprinderi de vorbire care să se consolideze în mod obişnuit (în relaţie cu mediul). Dar suvernirea orbirii şi surdităţii după stocarea unor imagini face posibilă, prin antrenament şi învăţare, dezvoltarea compensatorie a funcţiilor specifice şi a abilităţilor comunicaţionale.

Din punct de vedere etiologic, factorii incriminaţi sunt, în majoritate, aceiaşi ca şi în handicapul de vedere sau de auz, numai că acţiunea lor este mai extinsă, mai profundă şi produce modificări majore de ordin structural şi funcţional. Între aceste cauze, mai importante sunt bolile infecto-contagioase, intoxicaţiile (febra tifoidă, rubeola, administrarea în exces a streptomicinei, neomicinei, canamicinei etc.) şi traumatismelor (ce afectează zonele centrale sau periferice ale analizatorilor respectivi). Meningitele şi encefalitele au şi ele o mare incidenţă în producerea polihandicapurilor.

De cele mai multe ori, în faza iniţială, se instalează una dintre deficienţe, ca la scurt timp să urmeze şi cealaltă; dar ele pot apărea şi concomitent. Depistarea acestora de timpuriu este dificilă. În primul şi, parţial, în cel de al doilea an de viaţă, mai cu seamă când se menţin unele resturi auditive sau de vedere, părinţii nu realizează starea de handicap a copilului sau continuă să se amăgească cu existenţa unui fenomen trecător şi astfel, se prezintă la un consult medical mult prea târziu. După ce încearcă tot felul de tratamente şi când îşi văd speranţele spulberate, adeseori pe la 6-7 ani (şi chiar mai târziu), copilul este orientat spre recuperarea educaţională. Când handicapul survine în perioada preşcolară sau şcolară se produc grave tulburări la nivelul personalităţii copilului şi al părinţilor. Se depăşeşte cu mare dificultate prima etapă ce poate fi caracterizată prin dezorientare şi depresie totală.

În plan educaţional-recuperativ, întregul proces trebuie să se bazeze pe posibilităţile de preluare a funcţiilor afectate de către analizatorii valizi şi să se dezvolte o serie de capacităţi prin intermediul cărora să se facă posibilă umanizarea şi comunicarea cu lumea înconjurătoare. Se acordă atenţie, în primul rând, formării unor obişnuinţe pentru satisfacerea normală a trebuinţelor biologice şi igienice (servirea mesei, spălatul, folosirea toaletei), precum şi recepţionarea şi obţinerea din mediu a unor informaţii în vederea raportării la cei din jur. Formarea şi menţinerea unor reflexe condiţionate poate constitui o etapă importantă pentru stimularea reflexului de orientare şi elaborarea de cunoştinţe. După parcurgerea timpului necesar cunoaşterii nemijlocite a obiectelor concrete, se trece la o altă etapă şi anume cea de elaborare a imaginilor în care se realizează reprezentări pe baza percepţiilor. Dar, activitatea practică rămâne încă dominantă pentru semnificaţia nemijlocită a relaţiei organism-mediu. În organizarea cunoaşterii dezvoltării capacităţilor senzorial-perceptive se respectă legităţile secvenţiale de: detectare, discriminare, intensificare şi interpretare.

Atunci când se descriu mecanismele cunoaşterii la orbii-surzi, în literatura de specialitate se fac adeseori referiri la o serie de cazuri celebre şi în primul rând la Helen Keller şi Olga Skorohodova. Helen Keller devine surdo-oarbă înainte de împlinirea vârstei de doi ani (la 19 luni), ca urmare a unei meningite, iar Olga

Skorohodova pierde văzul şi auzul la vârsta de cinci ani, ca urmare a meningitei. În urma unor activităţi recuperative susţinute şi calificate, atât Helen, cât şi Olga reuşesc să absolvească o instituţie de învăţământ superior şi să demonstreze capacităţi intelective creative remarcabile. Pe lângă proză şi poezie, Helen şi Olga au descris etapele educaţiei speciale şi modul cum s-au dezvoltat din punct de vedere psihic. Acestea sunt consemnate în lucrări separate, de mare sensibilitate şi importanţă pentru domeniul psihopedagogiei. În "Memoriile" Helenei şi în lucrarea Olgăi "Cum percep lumea exterioară" (tradusă şi la noi) sunt prezentate, în detaliu, modalităţile de percepere şi de relaţionare cu mediul, contactul cu obiectele, formarea reprezentărilor şi imaginilor, a simbolurilor şi comunicării verbale etc. Desigur, există un avantaj, chiar şi minor, pentru cele două cazuri, şi anume că, spre deosebire de un asemenea handicap din naştere, s-a putut stabili o formă de contact cu lumea înconjurătoare şi, ca atare, intelectual au evoluat normal. Acest avantaj s-a păstrat cu toate că, până la începerea activităţii educaţionale organizate, s-au şters în bună măsură imaginile obiectelor şi s-a uitat pronunţia cuvintelor ce le denumesc. Totuşi capacitatea de a comunica gestual şi conştiinţa simbolului care stă la baza limbajului au facilitat procesul educaţional-recuperativ.

Pentru părinţi, copiii cu handicap asociat devin o povară greu de suportat când grija exagerată ori respingerea este dublată de faptul că nu ştiu cum să procedeze cu ei. Astfel de copii ajung la vârsta şcolară fără a avea deprinderi de a mânca, de a se îmbrăca, de a se autoservi, de a folosi obiectele şi de a-şi exprima dorinţele. În această situaţie, educaţia trebuie să se bazeze pe faptul că fundamental este contactul cu lumea, stabilit prin simţul tactului. Copilul trebuie să înţeleagă că fiecare lucru are un nume, iar folosirea limbajului presupune şi înţelegerea sa. Înţelegerea cuvântului ca simbol al noţiunii presupune perceperea faptului că fiecare obiect sau acţiune sunt reprezentate prin cuvinte, prin litere sau grafeme, prin desene, adică prin ceva care nu este obiectul în sine. Însuşirea noţiunii de obiect care presupune existenţa sa şi în absenţa acestuia, înseamnă anticipaţie şi posibilitatea de apariţie în momentul exprimării dorinţei. Pentru a se putea ajunge aici nu trebuie neglijată educarea simţurilor valide: prin tact, subiectul este învăţat să pipăie diferite suprafeţe şi să constate netezimea sau asprimea lor, forma şi mărimea, să asocieze o culoare cu un anumit obiect (verdele cu iarba, albul cu foaia de hârtie sau peretele etc.), să diferenţieze vocea umană de zgomote, după vibrarea anumitor obiecte, prin miros şi gust se pot realiza alte asociaţii care să le permită discriminarea unor însuşiri ale obiectelor sau fenomenelor. În acelaşi timp, copilul handicapat trebuie învăţat să-şi cunoască corpul, posibilităţile de mişcare şi deplasare (şi prin dans, înot), ceea ce duce la descoperirea distanţei în spaţiu şi timp. În felul acesta, îşi va forma şi capacităţi de raportare la alţii, de percepere a poziţiei sale în raport cu lumea ce îl înconjură, fapt important şi pentru dialogul comunicaţional.

În activitatea cu copiii orbi-surdomuţi explorarea mediului înconjurător, prin plimbări şi excursii, permite cunoaşterea reală a obiectelor, concomitent cu învăţarea numelui acestora, educatorul "scriind" cuvintele respective în palma copiilor. Şi prin folosirea unor gesturi se poate atinge acelaşi obiectiv, mai cu seamă

dacă copilul posedă o bună capacitate de imitare, ca urmare a palpării mişcărilor educatorului. După ce sunt însuşite bazele limbajului, se trece la lectură, scris şi calcul. Se vor utiliza protezele auditive, acolo unde sunt resturi de auz oricât de mici, şi se va învăţa scrierea în Braille, în vederea ajungerii la comunicare şi la stimularea intelectului. Pentru aceasta, este nevoie să se elaboreze un program educaţional-recuperativ care să ţină seama de fiecare caz în parte şi care să prevadă cronologia etapelor de dezvoltare ale copilului.

Pentru subiectul cu un astfel de handicap, mâna joacă un rol fundamental în recepţia stimulilor din mediul înconjurător şi totodată, îndeplineşte funcţia de organ de transmisie prin gest şi dactilologie. Formarea comunicării verbale şi a gândirii verbale se bazează pe imaginile constituite prin tact şi prim simbolistica exprimată cu ajutorul gestului şi dactilemului. Atât recepţia cât şi transmisia sunt dependente de o serie de factori subiectivi şi obiectivi în care participarea mai multor analizatori este deosebit de importantă. Iată ce notează Olga Skohodova:

"Mâinile îmi înlocuiesc parţial văzul şi auzul. Dar şi picioarele mele nu joacă, în acest caz, un rol mai mic. Astfel simt cu uşurinţă cea mai mică înclinaţie a solului, dacă merg pe stradă sau prin parc. Iată de ce, mergând pe stradă, recunosc când mă apropii de capătul trotuarului unde trebuie să cobor pe caldarâm şi când mă apropii de locul unde să mă urc pe trotuar".

. . . . . .

"Noi percepem lumea înconjurătoare, casele, străzile, oraşul, după poziţia lor în spaţiu. Noi simţim simetria, perspectiva, simţim însuşi spaţiul după poziţia lucrurilor.

Pesemne că în special reflecţia sonoră, ecoul sălilor, al pieţelor, străzilor, trotuarelor dau orbului senzaţia de spaţiu.

Dar dacă lipseşte nu unul, ci două deodată din cele cinci simţuri: văzul şi auzul?

Şi atunci rămâne o cale de percepere a "marii lumi"... Rămân aerul, întotdeauna accesibil percepţiei, mişcarea lui şi direcţia acestei mişcări, temperatura, prezenţa mişcărilor etc.

În afară de ecoul sonor mai există şi un "ecou" aerian. Acesta poate fi şi un val de aer de la un tramvai, de la o maşină care a trecut în viteză. O răbufnire de vânt, reflectată pe pereţii înalţi ai unei case sau curenţi de aer abia perceptibili, care se "reflectă" de case, care curg prin ferestrele deschise, oberlichturi etc...

Din aceste senzaţii care par mărunte, neînsemnate, se formează treptat o reprezentare definitivă, completă despre lumea înconjurătoare".

Prin urmare, există posibilitatea educării şi recuperării în vederea integrării în viaţa socială şi în cazul unor anomalii asociate grave. Pentru un astfel de handicap asociat, cum este cel al surdo-cecităţii, metodologia educaţională utilizată de cei mai mulţi specialişti implică următoarele etape: cunoaşterea nemijlocită a lumii înconjurătoare, însuşirea gesticulaţiei, formarea capacităţii de folosire a semnului tactil, formarea deprinderilor de citire şi scriere, formarea capacităţii de comunicare verbală. Dar climatul afectiv, atmosfera tonifiantă, întreţinută în activitate şi stimularea atitudinilor pozitive, efortul constant şi perseverent influenţează calitatea procesului recuperativ. Neîndoielnic, această metodologie trebuie adaptată la fiecare caz în parte şi, deci, se pot interpune şi alte momente care să ţină seama de specificul handicapului şi de particularităţile psihice ale subiectului.

2. AUTISMUL

Termenul de autism a fost formulat de E. Bleuler la începutul secolului pentru dereglări secundare de natură psihogenetică pe care le raportează la o categorie definitorie de tulburări primare. Acestea din urmă sunt prezente în forme diferite şi în autism şi se concretizează în dereglări ale asociaţiilor de idei, întreruperea fluxului ideativ, în dereglări de limbaj şi folosirea stereotipiilor, în afirmarea stărilor de excitabilitate, ce alternează cu cele de depresie, în dereglări neuro-vegetative secondate de halucinaţii în plan psihic. Din categoria celor secundare, şi care pot deveni predominante în autism, sunt evidenţiate toate dereglările ce ţin de evoluţia principalelor funcţii psihice şi de personalitate. Ulterior, conceptul de autism a fost bine conturat şi definit în raport cu alte categorii de handicap.

2.1. TERMINOLOGIE ŞI FRECVENŢĂ

Deşi în ultimul timp au fost întreprinse o serie de studii, autismul rămâne unul din conceptele cele mai controversate. O asemenea situaţie are la bază cel puţin patru explicaţii mai deosebite:

a) Starea de autism este una din cele mai complexe, în care varietatea simptomelor psihologice apare pe fondul unei diversităţi de structură citoarhitehtonică relativ specifică;

b) Autismul a constituit obiectul de studiu al unor specialişti din domenii diferite (psihopedagogie specială, psihologie, psihiatrie, pedagogie, psihologie clinică etc.), ceea ce a creat o optică de abordare centrată pe fenomenologia caracteristică unui anumit tip de evaluare şi intervenţie în scop de recuperare;

c) Datorită diversităţii etiologice şi existenţei unor factori nocivi prezenţi şi în alte forme de handicap, delimitarea autismului şi evidenţierea specificităţii sale presupun investigaţii riguroase, dintre care unele sunt limitate în stadiul actual al ştiinţelor;

d) Evoluţia comportamenală şi structurarea activităţii psihice cu progresele şi regresele realizate sub influenţa proceselor educaţional-recuperative sunt atât de complicate şi de diferite, de la un caz la altul, încât fac dificilă acţiunea de psihodiagnoză şi prognoză.

Având în vedere cele de mai sus, în diagnoza autismului se fac frecvente confuzii şi substituiri cu alte sindroame care, la rândul lor sunt prea puţin delimitate în teorie şi practică, dar prezintă unele manifestări asemănătoare sau chiar comune cu cele de autism. Astfel, termenii de "psihoză infantilă", "encefalopatie infantilă", "tulburări emoţionale grave", "fond sechelar encefalopat prin dismaturitate", "copii fără contact", "schizofrenie infantilă", "oligofrenie", "întârziere psihică" ş.a. se referă la o arie largă de fenomene, dar nu acoperă starea concretă de autism, ca entitate distinctă şi reală pentru o serie de cazuri date. Creatorul termenului de

autism, E. Bleuler, îl defineşte ca pe o "detaşare de la realitate, însoţită de o predominare a vieţii interioare". Pentru a înlătura unele confuzii, credem că trebuie să pornim de la etiologia cuvântului şi anume de la grecescul "autos" care înseamnă însuşi sau eul propriu ca şi de la accepţiunea dată autismului de Leon Kanner ca fiind "retras", "mulţumit de sine însuşi". În plan practic, remarcăm că acelaşi autor organizează în anul 1940 o grupă de copii autişti, în principal pentru activităţi ca apoi, în 1943, să teoretizeze termenul de autism prin evidenţierea unui sindrom comportamental (în toate sferele: acţional, verbal, afectiv, cognitiv etc.), specific în raport cu alte handicapuri în care trăsăturile "neobişnuite", dar caracteristice, să permită diferenţierea de psihoză, schizofrenie sau handicap mintal. Situându-se pe o poziţie similară, Lorna Wing afirmă că autistul prezintă un comportament ce poate fi definit cel mai bine, dar cu "o ereditate anormală".

Cu mult înainte de descrierea autismului de tip Kanner, literatura de specialitate consemnează o serie de date interesante cu privire la comportamentul şi chiar educaţia unor copii ce prezentau o simptomatologie asemănătoare. În acest context, sunt reţinute descrierile făcute, încă din anul 1799, de medicii John Haslau unui băiat de 5 ani internat la Bethlem Royal Hospital şi cele ale lui Gaspard Itard băiatului Victor (cum a fost numit) în vârstă de 11-12 ani, găsit în pădurea Aveyron din Franţa. Programul educaţional aplicat de Itard cazului respectiv a fost ulterior discutat şi dezvoltat de Maria Montessori (1921). În anul 1920, psihologul american Lightner Witmer aplică o tehnică specială de educare, în cazul unui băiat cu tulburări severe, specifice autismului.

Rămâne semnificativă contribuţia lui Kanner, care a făcut posibilă departajarea tranşantă a unui sindrom caracteristic de autism de toate celelalte forme de handicap şi mai cu seamă de formele de subnormalitate şi psihoză, cu care se confundă mai des sau se aprecia că prezintă o simptomatologie subordonată acestor stări. Şi astăzi, în unele lucrări, mai ales în cele de psihiatrie şi uneori chiar şi în cele din domeniul psihopedagogiei speciale, caracteristicile de autism sunt descrise ca manifestări ale psihozelor, deficienţe de intelect profunde, ale unor handicapuri de auz, pe un fond de deficit mintal, ale unor deficienţe cerebrale de tip dizartric sau de tip alalic, ale handicapurilor asociate, în genere. Cu toate că în aceste forme de handicap pot exista diferite aspecte ce ţin de simptomatologia restrânsă de tip autist, ea nu este singurală şi definitorie pentru starea respectivă. Pe baza observaţiilor efectuate asupra celor 11 copii din grupa amintită, Kanner evidenţiază o serie de trăsături caracteristice, printre care mai importante le-a considerat pe cele legate de incapacitatea de a adopta o poziţie normală în timpul luării în braţe, chiar din perioada de sugar, incapacitatea de comunicare verbală, o exacerbare a memoriei mecanice, incapacitatea utilizării conceptelor abstracte, teamă şi emoţie exagerate în situaţii nesemnificative pentru efecte de acest gen, incapacitatea imaginativă în activităţi ludice, producerea întârziată a unor manifestări ecolalice, crearea impresiei de dezvoltare fizică şi intelectuală normală, izolarea şi retragerea în sine, ataşament nemotivat faţă de obiecte nesemnificative ş.a.

Frecvenţa autismului este şi mai discutabilă pentru că nu au fost efectuate statistici relativ complete în nici o ţară. Se poate totuşi invoca un studiu din anul 1964, efectuat în Anglia, pe populaţia infantilă cuprinsă între 8-10 ani cu care

ocazie au fost depistaţi 4-5 copii la 10 000 ce prezentau semne de autism. Un alt studiu făcut în Danemarca confirmă aceste date. Concluzia de ordin general constă în aceea că în ţările dezvoltate prezenţa autismului este mai mare faţă de ţările slab dezvoltate ca urmare a mortalităţii sporite în acestea din urmă. Copiii cu asemenea handicapuri grave trebuie să li se asigure o îngrijire medicală specială ce se realizează cu dificultate acolo unde asistenţa sanitară este precară. Comparativ cu alte handicapuri, se apreciază că autismul are o frecvenţă similară cu cea a surdităţii şi mai mare decât cecitatea. Raportată la sexe, frecvenţa este mai mare la băieţi, aproximativ 4 la 1 faţă de fete. Cercetările mai recente nu au putut demonstra transmiterea ereditară legată de sex şi nici de prezenţa unui caracter genetic dominant la unul din sexe (Spence, 1975). În schimb, se remarcă un număr mai mare de autişti printre copii unici sau printre primii născuţi.

2.2. ETIOLOGIA ŞI TEORIA EXPLICATIVĂ

În abordarea sindromului de autism, dificultăţile cele mai evidente se manifestă în sfera stabilirii factorilor ce pot fi implicaţi şi a elaborării unor explicaţii plauzibile cu privire la mecanismele autismului. Din această perspectivă, Lorna Wing, încearcă să explice natura autismului prin implicarea factorilor etiologici pe două direcţii fundamentale şi anume: prima se referă la existenţa unor factori ce determină anomalii organice, iar cea de a doua cuprinde factorii răspunzători de producerea tulburărilor funcţiilor psihologice sau psihofiziologice. Aşa spre exemplu un mecanism genetic poate determina atât o anomalie structurală, cât şi una biochimică ce afectează o funcţie sau mai multe ale creierului. Sunt şi alţi autori, ca Boulin, Coleman şi O'Brien (1970), care semnalizează existenţa, în proporţii diferite, a unor anomalii biochimice în celulele sanguine la copiii cu autism clasic.

Pe baza acestor afirmaţii şi prin centralizarea unor caracteristici specifice somato-psihice cu implicaţii în psihodiagnoza diferenţială, au fost elaborate trei categorii de teorii distincte ce fac posibilă explicarea autismului:

a) *teorii organice,* pe baza cărora autismul poate fi apreciat că se datorează unor disfuncţii organice ce sunt de natură biochimică sau de dezvoltare structurală insuficientă a creierului şi din această cauză nu poate ajunge la parametri normali ai activităţii psihice. În acest sens, trebuie luate în consideraţie, în primul rând, dificultăţile perceptuale de atenţie şi de învăţare, prezente la autişti. Deşi la aceste teorii aderă tot mai mulţi specialişti, ele au un anumit grad de nesiguranţă, pentru că nu apreciază în ce măsură implicarea organică este de natură genetică sau traumatică. În principal, etiologiile organice se referă la afecţiunile creierului, anomalii genetice, leziunile subcorticale, disfuncţii ale sistemului vestibular, anomaliile sistemului reticular, întârzieri ale maturizării.

b) *teorii psihogene* care interpretează autismul ca pe un fenomen de retragere psihologică faţă de tot ceea ce este perceput rece, ostil şi pedepsitor. Se pare că Bruno Bettelheim (1967) este primul care invocă relaţia părinte-copil şi se bazează pe observarea unor relaţii reci ale părinţilor faţă de copiii autişti. Ca urmare, se ajunge la unele disfuncţii psihologice, manifestate prin anomalii ale dezvoltării sferei emoţionale, anomalii ale dezvoltării sferei cognitive, când dificultăţile

utilizării simbolurilor devin dominante în tulburările limbajului, anomalii ale capacităţilor perceptive şi de atenţie, dificultăţi şi aberaţii în imitarea acţiunilor corporale sau repercusiuni negative în formarea identităţii de sine.

c) *teorii comportamentale* ce sunt legate de cele psihogene, pentru că implică, întotdeauna, componente de ordin psihologic. Aceste teorii postulează că autismul infantil ia naştere printr-un şir de comportamente învăţate şi care se formează în urma unor serii întregi de compensări şi pedepse întâmplătoare. Ele se menţin prin aceleaşi recompensări şi pedepse ce se repetă în condiţii relativ asemănătoare sau percepute de copil ca fiind similare. Aşa se produc şi se consolidează crizele de furie, autostimulările etc., care prin interacţiunea cu mediul pot deveni un fel de necesitate a manifestărilor. De cele mai multe ori, la baza acestor simptome stau aberaţii în structura psihică şi de viaţă a părinţilor, intervenţii anormale în educarea copiilor, existenţa unor anomalii la copii, ce sunt exacerbate de atitudinea şi comportamentul patologic al părinţilor.

Rezultă, aşadar, că din perspectiva etiologică în producerea autismului pot concura, pe de o parte, o sumedenie de factori ce se subsumează oricărora dintre cele trei direcţii enunţate mai jos, iar pe de altă parte, şi atunci când intervine un singur factor nociv de o anumită complexitate antrenează un tablou larg de anomalii în plan structural sau psihologic. Imposibilitatea precizării cu exactitate, în toate cazurile, a factorilor etiologici, creează supoziţia implicării şi a unor cazuri ce sunt tipice şi pentru alte categorii de handicap. Printre acestea sunt boli infecto-contagioase, traumatismele din timpul sarcinii şi al naşterii, cauze ereditare, anomalii ale creierului care sunt apreciate că se găsesc la 1/3 dintre autişti. Ca urmare a acestor cauze, se estimează la 1/3 numărul autiştilor care prezintă şi alte suferinţe, cum ar fi: meningita, encefalita, hidrocefalia, epilepsia. Dar prezenţa unor handicapuri asociate cu o natură multifactorială complică şi mai mult elucidarea specificului autismului. Pentru a se evita aceste dificultăţi şi pentru o explicaţie cât mai plauzibilă este necesar să se ia în consideraţie orice factor etiologic posibil şi orice teorie care poate, chiar şi parţial, contribui la explicarea autismului şi a tulburărilor ce i se asociază.

2.3. SIMPTOMATOLOGIE ŞI DIAGNOZĂ

Am putut remarca deja, din aspectele etiologice, cât de complex este autismul şi cât de variate sunt cazurile particulare care se constituie în adevărate identităţi specifice. Pentru întregirea imaginii de complexitate trebuie să luăm în consideraţie şi manifestările multiple ce se produc în toate palierele activităţii psihice. Dintre acestea, pe cele mai importante le putem grupa astfel:

- dificultăţi de limbaj şi comunicare;
- discontinuitate în dezvoltare şi învăţare;
- deficienţe perceptuale şi relaţionale;
- tulburări acţionale şi comportamentale;
- disfuncţionalităţile proceselor, însuşirilor şi funcţiilor psihice.

a) *Dificultăţile de limbaj şi comunicare* se manifestă, de timpuriu, prin lipsa unor relaţii adecvate în vorbire şi prin slabul interes manifestat în achiziţia

limbajului. Unul din fenomenele care atrag atenţia este şi acela că autiştii nu răspund la comenzile verbale şi pot prezenta o reacţie întârziată la apelul numelui lor. Vorbirea se însuşeşte cu o întârziere mare, faţă de normal, şi cu o menţinere a pronunţiei defectuoase în mai toate împrejurările. Deşi în jurul vârstei de 5 ani, autiştii pot repeta unele cuvinte, unele sunete şi silabe, fenomenul ecolalic este evident dând impresia unui ecou, mai cu seamă prin repetarea sfârşitului de cuvânt sau propoziţie. După însuşirea relativă a limbajului, autiştii au tendinţa de a schimba ordinea sunetelor în cuvânt, de a nu folosi cuvinte de legătură şi de a substitui un cuvânt cu altul apropiat ca semnificaţie sau utilitate (ex. cuvântul "lingură" este înlocuit cu "furculiţă", cuvântul "mamă", cu "tată" etc.). Vocabularul sărac şi frecventele tulburări de voce determină o vorbire economicoasă, lipsită de intonaţie şi flexibilitate, dezagreabilă. Comunicarea autistului este îngreunată şi de prezenţa tulburărilor în planul recepţiei vorbirii şi de folosirea unei gesticulaţii relativ simplificate. În general, comunicarea non-verbală este şi ea deficitară. Cum sunt prezente şi dificultăţile în planul ideaţiei formulărilor verbale, ele devin stereotipe şi repetitive. Imaturitatea vorbirii şi a comunicării este accentuată şi de funcţionalitatea redusă a asociaţiilor ideative şi de anomaliile construcţiilor gramaticale. Se poate remarca şi existenţa unei bizarităţi în alcătuirea propoziţiilor. Sunt şi unii autişti care au o oarecare capacitate de a utiliza concepte, ceea ce le permite o raportare mai realistă la obiectele şi persoanele cu care vin în contact. Aceşti copii nu numai că reţin simboluri, dar manifestă şi o anumită capacitate de a le manipula. La ei, vorbirea spontană este mai bine dezvoltată şi este însoţită de folosirea mai extinsă a limbajului non-verbal (gesturi, mimică şi pantomimă) şi de o înţelegere aproximativă a comunicării, în genere. Dat fiind faptul că unele cazuri de autism se asociază cu handicapul mintal, dificultăţile de însuşire a limbajului şi a comunicării pot fi atât de accentuate încât fenomenul, ca atare, îmbracă o formă reducţionistă comparabilă cu acea a copiilor normali din ontogeneza timpurie. Dar sunt autişti care rămân muţi toată viaţa, dacă nu iau parte la programe speciale de educaţie. Când autismul se manifestă într-o formă mai puţin evidentă în copilăria mică, dar debutează pregnant în jurul vârstei de 10 ani are loc un regres în plan verbal şi se ajunge la instalarea treptată a refuzului de a comunica cu cei din jur.

b) *Discontinuitatea în dezvoltare şi învăţare* este evidentă şi specifică încât poate crea impresia derutantă şi confuză în aprecierea capacităţilor generale a autistului şi a modalităţilor educaţionale în care poate fi antrenat. Aşa, spre exemplu, autistul este incapabil de a număra, dar manifestă abilităţi în realizarea operaţiei de înmulţire sau manifestă dificultăţi în învăţarea literelor, dar are o oarecare uşurinţă în învăţarea cifrelor; ei se orientează relativ bine în spaţiu şi au o retenţie exactă a obiectelor percepute într-o etapă anterioară (chiar după ani de zile), dar manifestă unele stereotipii în formarea unor comportamente cognitive. Toate acestea, cât şi lipsa de interes pentru achiziţia altor informaţii, denotă aberaţii în corelarea şi evoluţia relaţiei învăţare-dezvoltare. Totuşi se pot obţine unele progrese pe linia învăţării, cât şi pe linia dezvoltării, dacă programele educaţionale şi recuperative se bazează pe achiziţia unor deprinderi în care înţelegerea acţiunilor

ocupă locul central şi se creează un confort afectiv care să stimuleze interesele. Concomitent cu formarea noilor deprinderi, acţiunile ce se organizează trebuie legate de achiziţiile anterioare prin realizarea unor asocieri între acţiunea practică şi imagine, însoţite de verbalizare şi de înţelegerea legăturilor dintre obiecte. În acest context, învăţarea prin joc şi desfăşurarea unor acţiuni din care să rezulte un efect util nemijlocit pot spori interesul subiectului pentru cunoaştere şi pentru achiziţia unor abilităţi formative care duc la atenuarea dizarmoniei dezvoltării cognitive.

c) *Deficienţele perceptuale şi de relaţionare* pot fi sesizate încă de la naşterea copilului autis. Astfel, el se manifestă ca plângăreţ, agitat în majoritatea timpului, agitaţie însoţită de ţipete sau, dimpotrivă inhibat, fără interes şi fără dorinţă de a cunoaşte lumea înconjurătoare. Unii dintre autişti manifestă o adevărată fascinaţie pentru lumină sau pentru un obiect strălucitor, în timp ce alţii nu percep elementele componente ale obiectelor. O contradicţie similară poate fi sesizată şi în plăcerea ce o trăiesc unii autişti pentru tact şi pipăirea obiectelor, în timp ce la alţii se produc reacţii negative faţă de atingerea obiectelor, şi chiar de mângâiere. În primul caz se pot, pe de-o parte, ataşa nejustificat de unele obiecte fără semnificaţie sau manipulează un timp îndelungat un obiect, iar pe de altă parte, manifestă o reacţie aberantă la zgomote de intensităţi diferite, în sensul că devine violent la căderea unui creion sau a unei gume, dar nu manifestă nici o reacţie la un zgomot deosebit de puternic. În cel de-al doilea caz, pot să nu accepte prinderea mâinii de către un adult sau când subiectul este solicitat să pună mâna în palma altei persoane, preferă prinderea acesteia de încheietura mâinii şi chiar să manifeste o reacţie de respingere faţă de contactul cu unele jucării ce sunt foarte agreate de către copiii normali.

Asemenea fenomene, care pot fi calificate ca aberaţii perceptuale şi de relaţionare, apar şi în cazul acelor autişti cărora le place muzica; reacţionează pozitiv la ritm sau manifestă abilităţi în a cânta la instrumente muzicale sau chiar compun melodii de un anumit nivel.

Prin aplicarea unor teste verbale şi perceptual-motorii se constată că apar dificultăţi majore în realizarea unor performanţe, în sensul că acestea se menţin în limitele deficienţelor mintale sau ale unor cazuri cu disfuncţii neuropsihologice.

În acest context, o serie de specialişti evidenţiază şi alte trăsături ce întregesc tabloul autismului. Astfel, M. Rutter subliniază ca fiind esenţiale pentru simptomatologia autismului caracteristicile specifice sau incapacitatea de relaţionare socială, incapacitatea utilizării pronumelui personal la persoana I şi existenţa unor conduite rituale şi compulsive, iar Condon constată că ceea ce caracterizează autiştii este răspunsul acestora repetat la un singur semnal (spre exemplu sunet) asemănător cu emiterea unui ecou. S-a observat, de asemenea, că neacceptarea schimbării şi manifestarea unei capacităţi reduse a autiştilor în înţelegerea şi în raportarea la complexitatea vieţii denotă o semnificaţie pentru alienarea socială, ca urmare a faptului că aceştia sunt chiar mai deprivaţi intelectual decât copiii arieraţi mintal.

d) *Tulburările acţionale şi comportamentale* par a fi cele mai spectaculoase atât prin amploarea, cât şi prin complexitatea lor. În producerea şi extinderea acestora sunt implicate toate dificultăţile caracteristice de la nivelul întregului psihism. Acţiunile şi comportamentele autistului au, frecvent, un caracter bizar şi sterotip. Deşi se pot remarca o serie de aspecte comune la toţi autiştii, mai cu seamă în perioadele copilăriei, cu timpul se produc unele diferenţieri ce imprimă o relativă unicitate pentru fiecare caz, chiar dacă acesta are un diagnostic similar cu alt caz. Cele mai semnificative comportamente bizare apare, pe de o parte, prin acţiunea de automutilare sau autodistrugere, iar pe de altă parte, prin acţiunea de autosimulare. Automutilarea sau autodistrugerea se poate produce prin acţiuni de mişcare a unor părţi ale corpului până la epuizare, prin autolovirea cu pumnul sau cu un obiect, prin lovirea cu capul de perete sau de diferite obiecte etc. La rândul ei, autostimularea se manifestă pe mai multe căi: kinestezică (legănatul înainte şi înapoi, frecarea cu mâna a lobului urechii), tactilă (lovirea coapsei cu dosul palmei, zgârâierea cu unghia a căruciorului), auditivă (plesnitul din limbă, emiterea unui sunet neîncetat) şi vizuală (învârtirea unui obiect în faţa ochilor, privirea neîncetată a degetelor).

Dintre acţiunile stereotipe, atrag atenţia cele legate de rotirea braţelor, învârtirea pe loc fără să ameţească şi mersul pe vârfuri, uneori chiar cu mişcări graţioase. Dar sunt şi cazuri care se manifestă cu dificultăţi de mers şi o gestică neadecvată şi dezorganizată.

Alte fenomene care au reţinut atenţia specialiştilor privesc nevoia redusă de somn a autiştilor, reacţiile diminuate la durere şi frig şi modificarea frecventă a dispoziţiilor fără să existe o cauză corespunzătoare. Aceste fenomene sunt mai active în copilărie; s-a constatat că în perioada de la 2 la 5 ani comportamentul tipic autist, în ansamblul său, este cel mai evident. Rezistenţa bine cunoscută a autiştilor la substanţele sedative şi hipnotizante nu facilitează înlăturarea stărilor de insomnie şi a somnului agitat ce le sunt caracteristice. Din aceste motive, în ştiinţă se caută mijloace mai naturaliste care să anihileze asemenea efecte negative nu numai din sfera biologică dar şi din cea psihologică.

e) *Disfuncţionalitatea proceselor*, însuşirile şi funcţiilor psihice se referă, practic, la întreaga activitate psihică. Am vorbit deja de efectele negative ale autismului în planul senzorial şi al comunicării. Desigur, ele se corelează cu celelalte anomalii şi disfuncţionalităţi ce se produc în toate palierele activităţii psihice. Astfel, în plan afectiv-motivaţional se manifestă, de timpuriu, o lipsă de interes pentru contactul social şi mai cu seamă indiferenţă faţă de trăirile celor din jur. În acest sens, nu sunt impresionaţi de eventualele suferinţe ale altora şi nu au atitudini definitive pentru activităţile desfăşurate în preajma lor. Până la 5 - 6 ani copilul autist reacţionează ca un sugar normal, după care unele simptome se pot restrânge în timp ce altele se agravează şi se extind. Aşa spre exemplu, unii se ataşează exagerat faţă de obiecte ce nu prezintă semnificaţie (cutii goale, bucăţele de hârtie, cioturi de creion) sau pot manifesta o frică patologică pentru lucruri obişnuite, dar nu acordă importanţă fenomenelor utile sau nu întrevăd adevăratele pericole. Deşi autiştii nu ştiu să mintă, ei lasă impresia că ascund ceva prin faptul

că nu privesc în faţă persoanele din jur. Nu se jenează în efectuarea unor acţiuni cum ar fi mâncatul de pe jos, ştergerea de părul sau blana cuiva, efectuarea de observaţii penibile ori menţinerea unor obişnuinţe ce deranjează prin formulări de cerinţe de tipul păstrării permanente a locului ocupat la masă de membrii familiei, a locului din bănci de către ceilalţi copii, plimbarea pe acelaşi traseu etc. În genere, imaturitatea afectivă este definită ca o caracteristică tipică de infantilism a afectivităţii de tipul handicapului de intelect. Autiştii nu stabilesc contact afectiv decât cu totul sporadic şi fără să adopte atitudini pozitive constante faţă de persoanele apropiate; în schimb se evidenţiază tendinţa de izolare, de închidere în eul propriu. Dar sunt unii care trăiesc stări de frustraţii, anxietate şi hiperexcitabilitate în raport cu diverse situaţii. De pildă, aceştia pot deveni furioşi în locuri aglomerate (într- un magazin) sau reticenţi faţă de persoane care nu le-au făcut nici un rău.

Caracteristicile gândirii şi inteligenţei rezultă şi din activităţile ludice. Copilul autist adoptă un joc de tipul celui specific sugarului, mai exact, de manipulare a obiectelor de joc cu degetele şi nu are capacitatea de a acorda simbol jucăriei sau de a-şi propune un scop pentru finalizarea acţiunii. Pe de altă parte, adeseori autismul se asociază cu formele deficienţei mintale severe, ca urmare a existenţei unor anomalii ale sistemului nervos central. Chiar atunci când acestea lipsesc, în unele cazuri, se constată întârzieri mintale datorate dificultăţilor de limbaj şi învăţare care fac imposibilă achiziţia de experienţe cognitive pentru suportul operaţional intelectiv. Dificultăţile de înţelegere imaginativă a unor situaţii reale nu numai că nu contribuie la formarea de concepte care să permită abstractizări şi generalizări, dar îl îndepărtează pe autist şi mai mult de raportarea corectă la complexitatea vieţii şi la adoptarea unor atitudini care să-i permită proiecţia în viitor. Totuşi, unii copii autişti creează impresia că dispun de o inteligenţă bună pentru că adoptă o expresie facială agreabilă ce rezultă din aspectul fizic, în general, plăcut. La menţinerea acestei impresii favorabile contribuie şi memoria mecanică, relativ bună. Astfel, sunt capabili să-şi reamintească şi să reproducă (cei care pot vorbi) expresii verbale auzite în diverse împrejurări, versurile unor poezii, să recunoască o melodie ascultată după ce percep începutul ei, să recunoască o încăpere în care a fost cu ani în urmă etc. În schimb, nu manifestă atenţie atunci când i se vorbeşte sau când în jurul său se produc evenimente cu o anumită semnificaţie pentru că nu înţelege sensul acestora şi nu surprinde simbolistica lingvistică.

Toate aceste caracteristici au efecte negative în planul personalităţii pentru că sunt afectate relaţiile interumane, reciprocitatea interpersonală şi cunoaşterea socială.

În urma aplicării unor teste, s-a ajuns la concluzia că la baza performanţei copiilor autişti şi a copiilor normali stau mecanisme diferite de prelucrare a informaţiilor. Copiii autişti se bazează pe reprezentări primare, în timp ce copiii normali sunt capabili de metareprezentări cu mijloace de interpretare a informaţiilor verbale. Pe măsură ce se atinge un anumit nivel al competenţei lingvistice, se formează şi capacitatea ce implică o teorie a minţii. Deci, dezvoltarea capacităţii de utilizare a limbajului contribuie şi la autişti, ca şi la normali, la

formarea capacităţii raportată la teoria minţii. Aceî copii capabili de o teorie a minţii sunt şi mai dotaţi în plan pragmatic şi manifestă unele comportamente cu un grad mai înalt de adaptare socială.

Luând în consideraţie simptomatologia şi etiologia complexă, cât şi existenţa unor manifestări pertinente în unele cazuri şi lipsa sau diminuarea lor, în altele, la care se adaugă, frecvent, caracteristici tipice sau definitorii pentru handicapuri diverse, evaluarea şi diagnoza autismului comportă riscuri şi dificultăţi. Ca urmare, într-un asemenea demers trebuie excluse, rând pe rând, simptomele specifice surzeniei, schizofreniei infantile (care poate fi mai uşor departajată dacă se are în vedere că în autism nu sunt prezentate halucinaţiile şi maniile), deficienţei de intelect (chiar dacă unele manifestări se asociază autismului, sunt totuşi cazuri de autişti care obţin performanţe normale sub aspectul Q.I.), imaturităţii motorii cerebrale, alaliei, mutismului electiv ş.a. În realitate, diagonsticul diferenţial al autismului se efectuează prin raportarea la caracteristicile definitorii descrise mai sus şi prin departajarea lui de alte handicapuri psihice, mentale, senzoriale etc. În acelaşi timp, nu trebuie pierdut din vedere că fiecare subiect autist manifestă, într-o anumită măsură, abilităţi în comportamentele dintr-un domeniu, în timp ce în altele este deficitar. Dihotomia caracteristicilor tipice în deficitare şi normale sau aproape normale în unele compartimente ale activităţii impune un diagnostic diferenţial nu numai raportat la alte handicapuri, dar şi o delimitare şi identificare a unicităţii cazului cu autism din multitudinea formelor psihice de aceeaşi categorie, confirmând, chiar în această situaţie, evoluţie irepetabilă de la nivelul persogenezei.

Din perspectiva analizei noastre, ne interesează, în primul rând, să diferenţiem copiii cu autism de alte categorii de handicapaţi cu care educatoarea sau învăţătoarea poate veni în contact mai frecvent. Aşa cum am văzut, autismul poate fi confundat cu surdomutitatea şi handicapul de intelect. Pentru a face posibilă o diferenţiere mai uşoară, să luăm în consideraţie, pe lângă particularităţile evidenţiate deja, pe cele ale comunicării. Astfel, o parte din autişti nu vorbesc, o parte nu înţeleg sau ignoră vorbirea şi în fine, cei ce folosesc limbajul au dificultăţi de pronunţie, de ritm şi de voce. Comunicarea verbală nu este susţinută de limbajul gestual, deoarece autistul nu foloseşte, în general, limbajul semnelor şi nu este interesat să imite pe cei din jur. În schimb, copilul surd foloseşte multe cuvinte pe baza imitaţiei, dar mai ales comunică printr-o mimico-gesticulaţie bogată şi variată. Ca urmare, dezvoltarea psihică se realizează în mod progresiv la copilul surd, în timp ce la autişti stagnările şi chiar involuţiile sunt frecvente. Dificultăţi mai mari apar în diferenţierea autismului de handicapul de intelect şi în special când acesta este grav. Totuşi, debilul mintal (handicapatul de intelect uşor şi moderat) reuşeşte să înveţe limbajul şi îşi formează o comunicare verbală (orală şi scrisă) care îi permite să se integreze în viaţa socială. Chiar dacă comunicarea este deficitară, debilul mintal realizează progrese în anumite limite şi ajunge să achiziţioneze structurile lingvistice fundamentale. Toate acestea au efect favorabil şi în planul comportamental şi al personalităţii.

În funcţie de aceste caracteristici, procesul educaţional-recuperativ trebuie conceput în mod diferenţiat şi adaptat la tipologia handicapului.

TEME DE CONTROL

1. Caracterizaţi starea de polihandicap comparativ cu cea de handicap.
2. Evidenţiaţi caracteristicile specifice în surdo-cecitate.
3. Delimitaţi autismul de alte handicapuri prin descrierea caracteristicilor tipice.
4. Prezentaţi principalii factori etiologici şi teoriile explicative în autism.
5. Subliniaţi criteriile diagnosticului diferenţial în autism.

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITAR LIBRARY

Capitolul XVI

PSIHOIGIENA ŞI PSIHOPROFILAXIA ÎN STĂRILE DE HANDICAP

Odată cu creşterea unor stări critice prin care trece organismul sau cu surprinderea unor fragilităţi psihice caracteristice indivizilor care traversează anumite perioade de vârstă, a apărut o preocupare tot mai insistentă atât pe plan medical, cât şi în planul psihopedagogic, menită să contureze un ansamblu de măsuri cu caracter ştiinţific care să influenţeze pozitiv durata stării de sănătate a omului, dar şi intervenţii prin care să se poată combate eficient factorii care sunt implicaţi în producerea unor dezordini psihice. Din aceste preocupări s-au constituit domeniile *psihoigienei şi psihoprofilaxiei.*

Psihoigiena este centrată pe alcătuirea unor măsuri şi mijloace de acţiune, în care fundamentale sunt cele cu caracter psihopedagogic, cu scopul de a conserva starea de sănătate psihică a omului şi de a-i asigura confortul psihic necesar unei evoluţii favorabile, în timp ce psihoprofilaxia urmăreşte să evite şi să prevină îmbolnăvirile psihice şi sociale prin depistarea factorilor care au un grad ridicat de risc, să diagnosticheze de timpuriu orice tulburare pentru a interveni eficient în înlăturarea sau ameliorarea stării critice şi în stoparea deteriorărilor ce cuprind palierul psihocomportamental.

Prin urmare, obiectul de studiu al psihoigienei şi psihoprofilaxiei este sănătatea mintală. Pentru a asigura evoluţia normală a subiectului şi a conserva starea de sănătate mintală, se adoptă o metodologie specială ce cuprinde un ansamblu de măsuri destinate a menţine echilibrul psihic, de a preveni dezordinile mintale, de a înlătura factorii negativi ai dezvoltării, dar şi de a interveni, calificat, în unele dereglări pentru a înlesni adaptarea persoanelor la mediu. Această acţiune preventivă se poate exercita atât în plan individual, cât şi în plan colectiv, în funcţie de gravitatea factorilor de risc, de condiţiile de viaţă ale individului, de vârstă şi sex.

În situaţia dată, normalitatea are semnificaţia de sănătate mintală, iar anormalitatea, de boală psihică şi handicap psihic, fenomene ce pot să se manifeste mai mult sau mai puţin accentuat.

Starea de sănătate mintală se defineşte ca fiind acea capacitate a psihicului de a funcţiona într-un mod armonios, adaptabil şi cu efecte înlesnitoare pentru dezvoltarea ulterioară a persoanei şi cu menţinerea unui echilibru dinamic, activ. Astfel, sănătatea mintală este o stare de confort pentru individ, dar şi pentru cei din anturajul său, determinând un randament sporit în activitate şi în afirmarea psiho-socială. Expectaţiile de viaţă sunt în concordanţă cu realitatea şi cu potenţialul individual numai în măsura în care sănătatea mintală îi permite subiectului să aprecieze corect situaţiile pe care le traversează. Ca dimensiune şi calitate a normalităţii psihice, sănătatea mintală se caracterizează prin următoarele atribute:

a) absenţa dereglării psihice;

b) realizarea unor performanţe pozitive în diferitele forme ale activităţii;

c) dezvoltarea psiho-somatică armonioasă în concordanţă cu specificul perioadei de viaţă din care face parte subiectul;

d) adaptarea la situaţiile concrete ale vieţii şi capacitatea de a depăşi momentele conflictuale sau dificile;

e) plasticitatea comportamentului şi exercitarea de activităţi creative, legate de interese şi motivaţii de lungă durată;

f) cunoaşterea de sine şi autoevaluarea corectă a posibilităţilor proprii.

La baza stării de sănătate mintală se află stare de echilibru psihic ce se constituie ca indicator al stării de sănătate mintală. Funcţionalitatea şi calitatea stării de echilibru psihic se apreciază după prezenţa următoarelor caracteristici:

- activismul fizic şi psihic;
- starea de bine fizic şi psihic;
- capacitatea de refacere rapidă după oboseală;
- rezistenţa psihică şi organică la factorii de risc;
- capacitatea de decentrare şi compensare în exercitarea comportamentelor;
- controlul asupra pulsiunilor şi stărilor emoţional-afective de mare intensitate.

Prin caracteristicile evidenţiate rezultă că psihoigiena şi psihoprofilaxia nu se limitează numai la abordări teoretice (deşi acestea sunt foarte importante), ci îşi extinde preocupările la domeniul practic-acţional de asanare şi promovare a sănătăţii mintale de care să beneficieze oamenii, indiferent de vârstă.

În literatura de specialitate, pentru conceptul de psihoigienă este folosit ca echivalent termenul de igienă mintală, iar pentru cel de psihoprofilaxie, termenul de profilaxie mintală. Dar, strict ştiinţific, apar unele diferenţe între primii termeni (pe care îi folosim şi noi) şi ceilalţi doi. Prin menţionarea expresă a particulei "psiho", de care se leagă ceilalţi doi termeni, se subliniază caracterul psihologic şi educativ al intervenţiilor şi măsurilor ce se impun pentru protecţia sănătăţii psihice a oamenilor. Asemenea intervenţii şi măsuri se adoptă în mod diferenţiat pe grupe de vârstă şi în funcţie de tipul de fragilitate psihică, când poate fi implicată şi deteriorarea somatică.

Din perspectiva psihoigienei şi psihoprofilaxiei este necesar să se diferenţieze starea de normalitate faţă de cea de anormalitate pentru că ele dau dimensiunile preocupărilor contemporane pe acest plan. Normalitatea psihică este expresia stării de sănătate mintală şi poate fi apreciată după o serie de caracteristici valorice ale subiectului, cum sunt cele ce privesc echilibrul interior, achiziţii şi modificări

pozitive la nivelul personalităţii în raport cu calitatea mediului înconjurător, exprimarea de comportamente superioare faţă de cele anterioare, care să ducă la o tot mai eficientă adaptare, coerenţa şi logica, în desfăşurarea acţiunilor practice şi la nivel mintal, păstrarea echilibrului motivaţional-afectiv în perioadele de acţiune a unor factori perturbatori, accidentali şi dezorganizatori, toleranţă şi înţelegere în relaţiile cu cei din jur, formarea unor idealuri expectante de viaţă în funcţie de capacităţile proprii şi de condiţiile de realizare a acestora. Dimpotrivă, anormalitatea psihică se exprimă prin dereglare la nivel interior şi imposibilitatea de a se adapta la normele social-culturale, de a efectua activităţile social-profesionale în beneficiul propriu şi al societăţii. Ca atare, anormalitatea nu se reduce numai la boala psihică, ci ea se extinde la toate persoanele care prezintă tulburări majore în diversele paliere ale activităţii psihice.

Factorii perturbatori cu influenţă negativă asupra individului sunt extrem de variaţi, acţionează cu intensitate diferită şi sunt receptaţi sau respinşi în funcţie de rezistenţa şi vulnerabilitatea specifică fiecărui subiect uman. Anumite momente de viaţă, zestrea ereditară, experienţa de viaţă, capacitatea de evitare şi compensare a unor situaţii defavorabile, vârsta mintală şi cronologică sunt o parte din parametrii care contribuie la fragilizarea sau dimpotrivă, la sporirea rezistenţei persoanei faţă de factorii de risc. În unele perioade de vârstă, omul depăşeşte cu o mai mare greutate condiţiile dificile şi nefavorabile care apar pe etape mai lungi sau mai scurte de timp.

Astfel, în copilărie există o mai mare vulnerabilitate faţă de o serie ce factori nocivi (stresuri, intoxicaţii, şocuri emoţionale, surmenaje) deoarece organismul nu este suficient de matur şi rezistent pentru a putea depăşi momentele dificile ale vieţii. La acestea se adaugă bolile specifice copilăriei care pot lăsa o amprentă negativă şi asupra stării de sănătate mintală. O situaţie relativ similară se produce şi la vârstele bătrâneţii, prin slăbirea organismului şi prin dereglarea mecanismelor homeostatice, ceea ce face persoana bătrână să se afle într-o situaţie de risc sporit. Toate acestea impun o psihoigienă şi o psihoprofilaxie continuă şi insistentă.

Dat fiind faptul că în copilărie se produc o serie de achiziţii rapide în plan somatic şi psihic, iar structurile comportamentale şi ale personalităţii se află în continuă formare şi se structurează, relaţiile cu cei din jur pot fi conflictuale, frustrante şi stresante, ceea ce afectează starea de sănătate psihică şi are influenţe defavorabile pentru evoluţia ulterioară a subiectului. În cazul în care nu se adoptă măsuri de prevenire a acestor influenţe negative, apar reacţii ostile, agresive, negativism, apatie, indisciplină şi toate acestea pot să se consolideze sub forma unor tulburări comportamentale sau chiar sub forma unor tulburări psihice. Aceşti factori negativi din mica copilărie, în condiţiile în care persistă mediul nefavorabil, se accentuează în pubertate şi în adolescenţă pe fondul unor dereglări homeostatice, ca urmare a modificărilor normale survenite şi care sunt caracteristice vârstelor respective. "Criza" invocată de unii psihologi şi pedagogi, pentru aceste vârste, reflectă transformările fizice, psihice şi sociale inerente traversării acestor perioade, dar care se pot concretiza într-o maturizare bio-psiho-socială favorabilă individului, atunci când mediul de viaţă este echilibrat şi încărcat de efort psihic. Dimpotrivă, când sistemul educaţional este dominat de interdicţii la nivel de

familie, şcoală, societate, generează conflicte, cursuri antagonice, dezechilibre între subiect şi mediu, iar subiectul nu mai poate răspunde, în mod eficient şi optim, la situaţiile solicitante, nu mai poate elabora comportamente de tip adaptabil. Ca atare, contradicţiile ce se instalează la nivelul afectivităţii personalităţii invadează şi planul cognitiv ca şi cel comportamental general, când acţiunile desfăşurate sunt dominate de dezadaptări, destructurări, dezintegrări cu remarcarea, pe ansamblu, a dezvoltării dizarmonioase sau a unei evoluţii patologice.

Momentele critice traversate de copil sau de adolescent impun o intervenţie psihopedagogică mai deosebită care să contribuie la instalarea stării de sănătate psihică şi să elimine aceşti factori negativi printr-o profilaxie sistematică şi organizată.

O asemenea acţiune nu se reduce numai la intervenţia specialiştilor, a cadrelor didactice, ci trebuie antrenaţi şi alţi factori care privesc mediul familial, climatul dintre colegi, relaţiile cu sexul opus, care se pot constitui în demersuri educative pozitive. Presa, radioul, televiziunea, pot contribui la promovarea sănătăţii psihice, atunci când sunt cunoscute aspectele psihodinamice ale evoluţiei subiecţilor în diferitele perioade ale vârstei. În condiţiile contemporane de creştere a calităţii şi cantităţii informaţiilor, de solicitare intensă pe plan intelectual, psihoigiena şi psihoprofilaxia trebuie să se bazeze pe respectarea legilor biologice şi psihologice ale evoluţiei subiectului, pe capacităţile de învăţare şi gândire creatoare specifice fiecărei vârste, pe structura motivaţiei intrinseci şi pe tehnica de lucru ce rezultă din nivelul de dezvoltare psihică, pe interesele şi aspiraţiile profesionale şi sociale care duc, treptat, la conturarea aspiraţiilor de viaţă.

Unii din aceşti factori negativi se menţin şi în mediul universitar, la care se adaugă şi alte condiţii de risc, cum ar fi o distanţă psihologică mai pregnantă între cadrele didactice şi studenţi, desprinderea de familie, dar cu menţinerea dependenţei financiare, stresul examenelor şi adaptarea la stilul de muncă universitar, iar când acesta persistă perioade mai lungi de timp poate determina stări nevrotice cu frecvente acţiuni dezadaptative. Ţinând seama de această vârstă, intervenţia psihopedagogică şi medicală trebuie înfăptuită de specialişti cu competenţă, dăruire şi vocaţie.

Trebuie subliniat că, în condiţiile persoanelor adulte şi mai ales ale celor în vârstă, la care se înregistrează un proces accentuat de involuţie biologică şi psihologică, apar factori de risc suplimentari, concretizaţi în dezechilibre adaptative la care se adaugă şi trăirea sentimentului deprecierii sociale, ceea ce pune în pericol sănătatea mintală şi raportarea la mediul înconjurător.

Deşi, involuţia unor funcţii biologice şi psihice este un proces normal, la anumite vârste, în anumite situaţii subiectul o trăieşte în mod tensionat, fapt pentru care se accentuează degradarea palierului intelectual şi al celui relaţional şi când tulburările psihice devin tot mai pertinente. Se instalează, astfel o creştere a fatigabilităţii, o scădere a randamentului de muncă, o creştere a stărilor anxioase, a tendinţelor obsesiv-compulsive pe fondul unor reacţii de depresie şi de subestimare a propriei personalităţi. Acestea sunt vârste critice care influenţează negativ capacitatea de muncă şi calitatea vieţii individului şi când sunt trăite în mod deosebit şi devastator de subiect, dacă se asociază (cam se întâmplă frecvent) cu

bolile cardiovasculare, bolile aparatului respirator, bolile cronice degenerative; toate constituie un risc sever de îmbolnăvire şi de dereglare a funcţiilor homeostatice şi homeodinamice. În aceste condiţii, psihoigiena şi psihoprofilaxia trebuie să se bazeze pe aptitudinile şi priceperea specialiştilor de a explica acestor persoane că unele tulburări sunt tranzitorii. Astfel se contribuie la crearea unui climat afectiv care-i ajută să depăşească stresurile şi tensiunile inerente acestor perioade de vârstă.

Pentru orice educator şi specialist în domeniul psihopedagogiei speciale se impune cunoaşterea unor modalităţi de acţiune, din perspectiva psihoigienei şi psihoprofilaxiei, care pot fi sintetizate astfel:

- antrenarea subiectului în activităţi utile, care să-i dea satisfacţii şi să-i asigure încrederea în propriile posibilităţi;
- asigurarea unui climat favorabil de activitate, de afecţiune şi de apreciere din partea celor din jur;
- asigurarea unui demers prin care subiectul să conştientizeze, în mod real, posibilităţile şi limitele ce le are şi modalităţile de depăşire a acestora;
- asigurarea unor activităţi şi comportamente, prin care subiectul să-şi poată descărca tensiunile psihice, să se poată controla şi să evite reactivităţile afective;
- asigurarea unor activităţi prin care subiectul să-şi valorifice capacitatea de centrare şi decentrare pentru a determina comutarea preocupării de la o situaţie nefavorabilă la una mai adecvată;
- asigurarea unor momente prin care subiectul să înveţe depăşirea momentelor dificile şi să se adopte toleranţă la frustrare şi stres etc.

În condiţiile contemporane, demersurile de igienă mintală sunt cuprinse în normele educative şi de formare a persoanei, încă din ontogeneza timpurie, când se acţionează la nivelul mediului, familiei şi continuă cu educaţia şcolară, ca, ulterior, prin locul de muncă şi prin influenţele mass-media să se asigure un climat favorabil pentru dezvoltarea personalităţii individuale, o dată cu cultivarea valorilor socio-culturale şi psihopedagogice de educaţie specială.

O importanţă deosebită trebuie acordată şi persoanelor care, din anumite motive, prezintă o serie de dizabilităţi în plan fizic sau psihic şi care manifestă o stare de handicap în efectuarea unor activităţi ori în elaborarea de comportamente adaptative. În acest context, psihoigiena şi psihoprofilaxia nu pot face abstracţie de o serie de categorii de indivizi cum sunt cei cu tulburări de dezvoltare, în general, de la situaţia de deficienţă (handicap) şi de boala psihică, ca stări prelungite, şi terminând cu cei care prezintă tulburări de adaptare temporară, bazate pe dereglări comportamentale, pe carenţe afective şi educaţionale, pe consum de alcool, droguri, pe motivaţii şi interese reduse pentru activitate etc.

În aceste condiţii, depistarea precoce a dereglărilor şi studiul factorilor etiologici, în vederea eliminării lor, contribuie la organizarea măsurilor de psihoigienă mintală şi de profilaxie, iar persoanele ce beneficiază de acestea vor putea depăşi mai uşor momentele de criză şi se vor putea integra optim în comunitate.

Aşadar, prin intermediul psihoigienei şi psihoprofilaxiei mintale se controlează şi se protejează, în mod organizat şi ştiinţific, sănătatea psihică atât la nivelul

indivizilor, luaţi separat, cât şi la nivelul grupurilor, a colectivităţilor sociale. Sunt demersuri educaţionale care promovează normele şi principiile menţinerii şi dezvoltării sănătăţii mintale din perspectivele psihopedagogice, medicale şi moral-culturale, asigurând astfel, progresul evoluţiei umane.

TEME DE CONTROL

1. Definiţi psihoigiena şi psihoprofilaxia şi delimitaţi domeniile acestora în raport cu igiena şi profilaxia mintală.
2. Descrieţi acţiunile ce se întreprind pe linia psihoigienei şi psihoprofilaxiei în funcţie de persoanele cu risc înalt la factorii negativi din mediu.

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CUPRINS

Capitolul I
Obiectul şi metodele psihopedagogiei speciale. Locul psihopedagogiei speciale în cadrul ştiinţelor psihopedagogice
1. Obiectul şi locul psihopedagogiei speciale în cadrul ştiinţelor psihopedagogice 3
2. Delimitări conceptuale 4
3. Metodele psihopedagogiei speciale 6

Capitolul II
Specificul activităţii psihice şi evoluţia ei
1. Dezvoltare şi regres în activitatea psihică 10
2. Dezvoltarea psihică la supradotaţi 11
3. Cunoaşterea şi caracterizarea copilului, concretizate în fişa psihopedagogică 17

Capitolul III
Handicapul de intelect
1. Problematica psihopedagogiei handicapaţilor de intelect 23
2. Etiologie şi clasificare în handicapurile de intelect 26
3. Simptomatologie şi structură în sindroamele handicapului de intelect 28

Capitolul IV
Caracteristicile funcţiilor şi proceselor psihice la handicapaţii de intelect
1. Specificul funcţiilor şi proceselor psihice în diferite forme de activitate 30
2. Limite şi perspective în recuperarea handicapaţilor de intelect 33

Capitolul V
Organizarea procesului instructiv-educativ pentru handicapaţii de intelect
1. Aspecte psihopedagogice ale organizării unităţilor speciale 38
2. Activitatea corectiv-recuperativă şi de integrare socioprofesională a handicapaţilor de intelect 41

Capitolul VI
Handicapul de auz
1. Problemele surdopsihologiei şi surdopedagogiei 43
2. Cauzele şi clasificarea handicapurilor de auz 45
3. Caracteristicile funcţiilor şi proceselor psihice la handicapaţii de auz 47
4. Probleme ale protezării 50

Capitolul VII
Organizarea procesului instructiv-educativ pentru handicapaţii de auz
1. Metodologia demutizării şi organizarea unităţilor speciale 52
2. Problemele recuperării biologice, psihice şi sociale 54
3. Specificul integrării socioprofesionale 56

Capitolul VIII
Handicapul de vedere
1. Problematica tiflopsihologiei şi tiflopedagogiei 58
2. Etiologia şi clasificarea handicapurilor de vedere 59
3. Caracteristicile funcţiilor şi proceselor psihice 61
4. Specificul protezării şi compensării 63

Capitolul IX
Organizarea procesului instructiv-educativ pentru handicapaţii de vedere
1. Problematica psihopedagogică a învăţării scris-cititului în Braille ...65
2. Dezvoltarea funcţiilor de orientare spaţială şi în timp
la handicapaţii de vedere 70
3. Specificul integrării socio-profesionale 71

Capitolul X
Handicapurile de limbaj
1. Constituirea logopediei ca ştiinţă 73
2. Importanţa teoretică şi practică a logopediei 75
3. Etiologia şi clasificarea handicapurilor de limbaj 76
4. Comunicare şi intelect 78

Capitolul XI
Descrierea principalelor handicapuri de limbaj
1. Tulburări de articulaţie sau de pronunţie 82
2. Tulburări de ritm şi fluenţă ale vorbirii 86
3. Tulburările de voce 88
4. Tulburări ale limbajului citit-scris 89
5. Tulburările polimorfe 92
6. Tulburările de dezvoltare a limbajului 93
7. Tulburări ale limbajului, bazate pe disfuncţii psihice 94

Capitolul XII
Terapia handicapurilor de limbaj
1. Metode şi procedee cu caracter general 96
1.1. Educarea respiraţiei şi a echilibrului dintre expiraţie şi inspiraţie ..96
1.2. Dezvoltarea auzului fonematic 97
1.3. Dezvoltarea motricităţii generale şi a mişcării fonoarticulatorii 97
1.4. Educarea personalităţii şi înlăturarea negativismului 98
2. Metode şi procedee specifice logopedice 100
3. Relaţia dintre limbaj-comportament-personalitate 100

Capitolul XIII
Handicapurile de motricitate şi psihomotricitate
1. Etiologie şi manifestare în handicapurile fizice 105
2. Clasificarea handicapurilor fizice 108
3. Specificul terapiilor corectiv-recuperative şi problemele protezării .110

Capitolul XIV
Handicapurile de comportament
1. Cauzele şi formele handicapurilor de comportament 114
2. Efectele handicapurilor de comportament în plan şcolar şi socio-profesional 119
3. Măsuri psihopedagogice de prevenire şi de educaţie în handicapurile de comportament. Cotribuţia educatoarei şi învăţătoarei la integrarea în viaţă a handicapaţilor 121

Capitolul XV
Poolihandicapul
1. Surdo-cecitatea 123
2. Autismul 127
2.1. Terminologie şi frecvenţă 127
2.2. Etiologia şi teoria explicativă 129
2.3. Simptomatologie şi diagnoză 130

Capitolul XVI
Psihoigiena şi psihoprofilaxia în stările de handicap 137

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Coli tipo: 9,25
Bun de tipar: 1 iulie 1999
Nr. de plan: 45314/1999

Tipărit la Imprimeria
"Bacovia" Bacău
sub. cd. 5021/1999

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Acest manual este proprietatea Ministerului Educaţiei Naţionale *

Inspectoratul şcolar al judeţului/municipiului .....
.....
Şcoala/Liceul .....
Manualul nr. .....

Anul	Numele elevului care a primit manualul	Anul în care s-a folosit	Starea manualului	
			la primire	la returnare
1				
2				
3				
4				
5				

- Profesorii trebuie să controleze dacă numele elevului este corect scris.
- Elevii cărora le este destinat manualul nu trebuie să facă nici un fel de notaţii pe pagini. Rugăm ca manualele să fie păstrate cât mai îngrijit.
- Starea manualului (la primire şi la returnare) se va înscrie folosind termenii: nouă, bună, îngrijită, nesatisfăcătoare, proastă.

*) Se completează numai pentru exemplarele distribuite gratuit.

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Preț EDP = 15 000 lei
10% inspectorat = 1 500 lei

16.500 ISBN 973 - 30 - 3885 - 7

321999

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Manual achitat de Ministerul Educației Naționale
și distribuit GRATUIT